

VOLUME IV

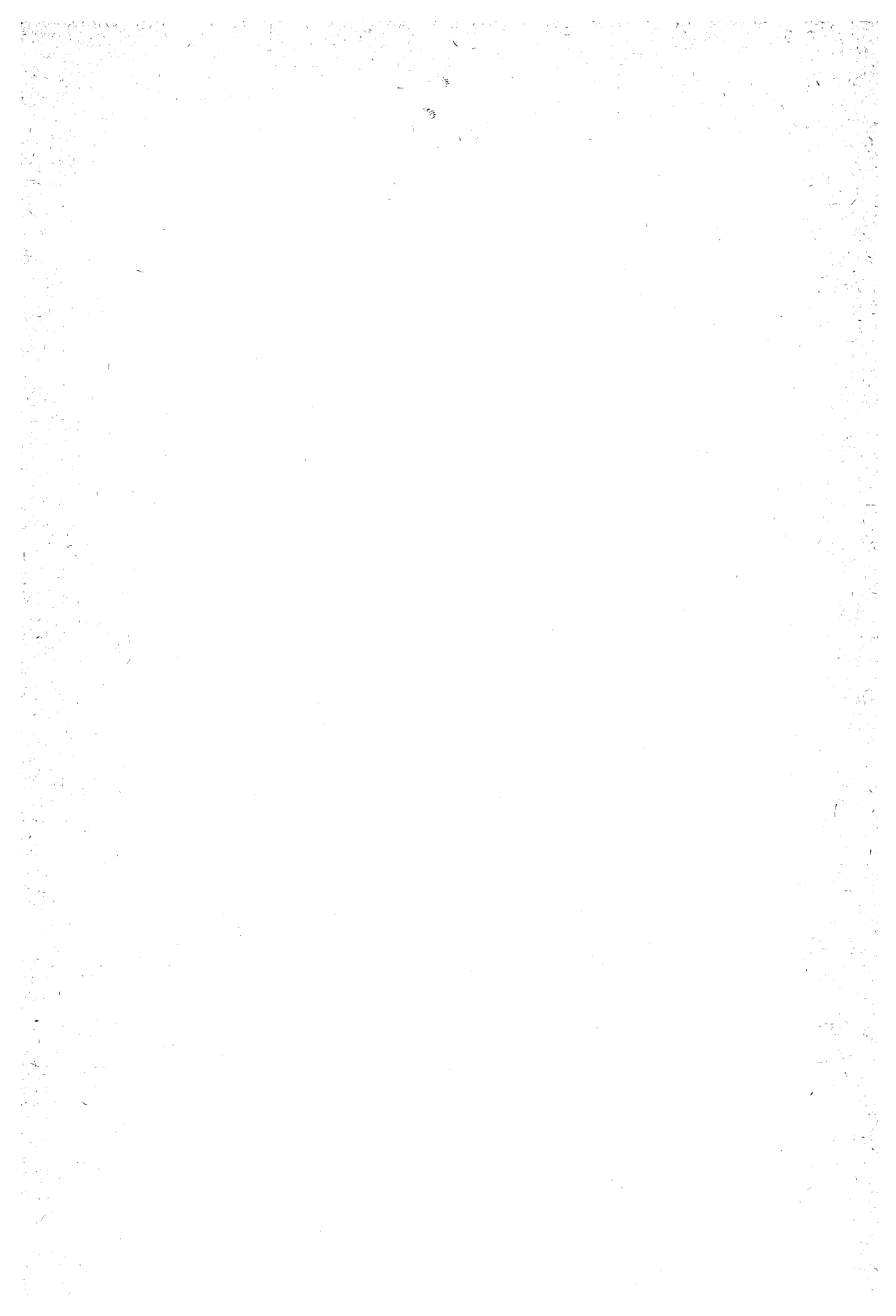
LA SANTÉ

TOME IV
TITRE TROISIÈME
LES RESSOURCES
TITRE QUATRIÈME
L'INSTAURATION DU RÉGIME DE LA SANTÉ

RAPPORT
DE LA COMMISSION
D'ENQUÊTE
SUR LA SANTÉ
ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL

DEUXIÈME PARTIE

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC/1970



VOLUME IV

LA SANTÉ

**TOME IV
TITRE TROISIÈME
LES RESSOURCES
TITRE QUATRIÈME
L'INSTAURATION DU RÉGIME DE LA SANTÉ**

**RAPPORT
DE LA COMMISSION
D'ENQUÊTE
SUR LA SANTÉ
ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL**

DEUXIÈME PARTIE

GOUVERNEMENT DU NIGÉRE/1970

M1106

A29

S2

1967-72

4,4

EX.2

De

Magaín

Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social

<i>Membres</i>	Gérard Nepveu, <i>président</i> ¹ Louis-Philippe Bouchard ² Claude Castonguay ³ Jacques de la Chevrotière Jacques Dinelle William A. Dyson Rév. Père André-M. Guillemette, O.P. Georges A. Lachaine Édouard Laurent ⁴ Jeanne d'Arc LeMay Warren ⁵
<i>Secrétaire</i>	Jean Mercier ⁶
<i>Secrétaire adjoint</i>	Luc Gilbert-Lessard
<i>Conseiller en bien-être social</i>	Nicolas Zay, L. Sc. P. & Écon., LL. D., M. S. S.
<i>Conseiller économique</i>	Nicole Vaillancourt Martin, M. A. Écon. (Montréal), M. Sc. Écon. (Londres)
<i>Conseiller juridique</i>	René Dussault, LL. L., avocat, Ph. D. (Londres)
<i>Conseiller médical</i>	Jacques Brunet, M. D., F. R. C. P. (Canada)
<i>Conseiller en relations publiques</i>	Jean Pelletier
<i>Directeur des études spéciales</i>	André Hurtubise, B. Eng., M. A. Écon. (Montréal)
<i>Directeur adjoint des études spéciales</i>	Mercédès C. Gauvin, M. Sc. Soc. (Laval), M. Sc. Écon. (Londres), Diplôme de l'École Nationale d'Administration (Paris)

<i>Expert consultant en administration hospitalière</i>	Jean-Yves Rivard, M. A. Écon. (Montréal), Ph. D. (Michigan)
<i>Expert consultant en administration sociale</i>	Joy Woolfrey, M. Sc. Écon. en administration sociale (Londres)
<i>Expert consultant économique</i>	Thomas Boudreau, M. A. Écon. (Laval)
<i>Expert consultant en organisation des services de santé et des soins</i>	Jean Rochon, M. D., LL. L., M. P. H. (Harvard)
<i>Expert consultant médical</i>	Madeleine Patry, M. D., D. P. H. (Montréal), M. Sc. Hyg. (Harvard)
<i>Expert consultant en organisation des services de santé</i>	Andrée Lajoie, LL. L., B. A. (P. P. E.) M. A. (Oxford)
<i>Expert consultant en organisation des services de santé</i>	Lionel Ouellet, B. Sc. Soc., M. Sc. Soc. (Laval), Diplôme de l'École Nationale d'Admi- nistration (Paris)

¹ A été nommé membre et président de la Commission le 1^{er} avril 1970.

² A quitté la Commission le 21 décembre 1967 et est devenu sous-ministre des Institutions financières, compagnies et coopératives le 28 mai 1968.

³ A démissionné le 16 mars 1970.

⁴ A été nommé membre le 21 décembre 1967.

⁵ A été nommée juge de la Cour de bien-être social le 11 mars 1970.

⁶ A été nommé secrétaire le 7 avril 1970.

Sigles

CLS	Centre local de santé
CCS	Centre communautaire de santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Office régional de la santé

Titre troisième

Les ressources

Pour la mise en œuvre et le fonctionnement efficace du régime de la santé proposé par la Commission, il nous faut évaluer les ressources essentielles. Ainsi quatre points principaux retiennent notre attention, et font chacun l'objet d'un chapitre particulier : les effectifs, l'enseignement, la recherche et l'informatique.

Le premier chapitre (chapitre X) décrit la situation actuelle des effectifs dans le domaine de la santé, traite des besoins de main-d'œuvre et de la projection de la demande et, enfin, suppose la possibilité d'établir certaines prévisions dans ce secteur.

Le second chapitre (chapitre XI) met l'accent sur la nécessité d'une solide formation dans les sciences de la santé, qui s'adapte aux besoins créés par le régime et les satisfasse au plus haut point. On y aborde les niveaux d'études, l'enseignement continu, les centres de formation et la situation des professeurs et des étudiants.

Le troisième chapitre (chapitre XII) souligne l'urgence d'un effort majeur dans le domaine de la recherche en vue de réaliser les objectifs économiques et sociaux du régime de la santé. Il met en relief la nécessité d'un développement harmonieux et bien équilibré des recherches épidémiologique, opérationnelle, pure et clinique dans les sciences de la santé et propose une politique globale de recherche sur la santé.

Le quatrième chapitre (chapitre XIII) établit l'importance d'un réseau intégré de communications dans tout le régime de la santé, et énumère, notamment, les avantages des techniques modernes d'informatique. Après avoir posé les conditions préalables à la réalisation d'un tel système, il examine les domaines d'application à court terme (laboratoires, dossier de santé, recherche, surveillance et dépistage) et les domaines d'application à long terme (diagnostic, observation médicale et enseignement).

X

Les effectifs de la santé

Les effectifs de la santé

INTRODUCTION

1224. Si la mise en place d'un système intégré de distribution des soins constitue, à son avis, la meilleure garantie d'accès aux soins, la Commission reconnaît, cependant, que les ressources humaines, matérielles et financières affectées au secteur de la santé ne sont pas inépuisables. Les responsables des décisions, dans l'optique du nouveau régime, mettront l'accent sur la prévention, la continuité des soins et la réadaptation, plutôt que sur le traitement des maladies. Bref, ils orienteront l'activité du régime vers la personne et la conservation de sa santé, plutôt que vers la maladie.

1225. Le succès d'un régime de la santé excellent et efficace dépend, sans doute, de la quantité et de la qualité des ressources humaines disponibles, mais est-il possible de poursuivre les objectifs proposés sans faire face à une pénurie de personnel compétent ? L'accès plus facile aux soins stimule la demande. Déjà, cependant, la tendance actuelle des effectifs de la santé vers la spécialisation, qui restreint par définition le champ des interventions, va nettement à l'encontre des objectifs du régime qui vise, lui, à orienter les soins et la médecine en fonction des besoins courants de l'ensemble de la population, plutôt que des maladies rares.

1226. Ces observations, qui mettent en cause les besoins futurs de main-d'œuvre, démontrent la difficulté d'établir une véritable prévision des effectifs à partir de la pénurie actuelle de ressources, qui résulte à la fois de la structure de la demande et de l'offre de soins.

1227. Malgré les difficultés inhérentes à un tel travail de prévision, il nous faut quand même découvrir les facteurs qui influencent les besoins de main-d'œuvre si nous voulons disposer de données essentielles à l'établissement de nos prévisions. Dans un secteur en pleine transformation qui réclame un personnel varié et très spécialisé, un certain nombre de décisions relatives à l'orientation et à la formation des effectifs relèvent de la politique de la santé, sans lesquelles on compromet singulièrement la réalisation des objectifs. La répartition actuelle des effectifs médicaux entre les spécialités, d'une part, et la médecine générale et préventive, d'autre part, fait obstacle à la réalisation d'un système de distribution vraiment orienté vers l'accès universel et la continuité des soins.

I. — LES EFFECTIFS ACTUELS

1228. Le volume, la structure et la répartition des effectifs actuels de la santé, de même que les caractéristiques de leur évolution dans le passé, constituent des points de référence essentiels à la détermination des besoins nouveaux. Outre les médecins, dentistes et optométristes, sur qui repose la responsabilité première des soins généraux, le secteur de la santé compte un ensemble de professionnels auxiliaires de plus en plus diversifiés : physiothérapeutes, diététiciens, psychologues, travailleurs sociaux professionnels¹, archivistes, techniciens spécialisés, pour n'en nommer que quelques-uns. Parmi ceux-ci, les infirmières diplômées et les auxiliaires forment le groupe le plus nombreux. À l'exception des dentistes, des pharmaciens, des optométristes et des médecins, qui œuvrent en majeure partie à l'extérieur de l'hôpital, la majorité de ces effectifs se retrouve aujourd'hui dans le milieu hospitalier. Leur évolution récente se caractérise à la fois par leur accroissement rapide et par leur déplacement des organismes de santé vers le milieu hospitalier.

A. — L'IMPORTANCE DES EFFECTIFS DE LA SANTÉ

1229. Au Québec, l'importance relative de la main-d'œuvre de la santé a augmenté rapidement depuis 1951. De 3.1 pour cent par rapport à l'ensemble de la main-d'œuvre en 1951, elle passe à 4.5 pour cent en 1961. Ce phénomène suit le développement accéléré du secteur tertiaire des pays industrialisés. La santé est l'un des trois secteurs dont l'accroissement total, pour les deux périodes de 1941 à 1951 et de 1951 à 1961, a été le plus rapide au Canada².

1230. À partir des données du recensement du Canada, on estime qu'en 1961, au Québec, la main-d'œuvre hospitalière représente 71 pour cent de l'ensemble de la main-d'œuvre de la santé et si on retranche de ce secteur les employés de l'industrie pharmaceutique, la proportion des travailleurs d'hôpitaux dans l'ensemble de la main-d'œuvre de la santé s'élève à 77.5 pour cent. Pour l'Ontario et le Canada, les pourcentages correspondants, pour 1961, sont respectivement de 72 pour cent et de 71.5 pour cent.

1231. Il est plus que probable que l'importance relative de la main-d'œuvre hospitalière au sein de la main-d'œuvre de la santé a

¹ Au sujet des travailleurs sociaux professionnels, voir le volume VI de notre rapport : *Les services sociaux*.

² Voir à ce sujet l'annexe 8 de notre rapport.

continué de s'accroître entre 1961 et 1967, période au cours de laquelle la main-d'œuvre hospitalière a pratiquement doublé au Québec, passant de 54,000 à 102,000 employés (graphique X.1, page 21).

B. — L'ÉVOLUTION ET LA RÉPARTITION DES EFFECTIFS

1232. Nous retraçons ici l'évolution quantitative de quelques types de professionnels : médecins, dentistes, pharmaciens, infirmières diplômées, physiothérapeutes et ergothérapeutes, techniciens en biologie médicale et en radiologie, diététiciens et optométristes.

1. — LES MÉDECINS

1233. Le nombre de médecins pour 100,000 habitants croît de façon à peu près constante entre 1945 et 1969, période pendant laquelle le nombre de médecins pour 100,000 habitants passe de 97 à 129. Parallèlement à cette augmentation s'opère un phénomène de spécialisation rapide : en 1969, environ 51 pour cent de nos médecins détient un certificat de spécialiste. C'est au début des années cinquante que le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec décerne les premiers certificats de spécialistes. En 1952, première année à offrir des données concernant les spécialistes, la proportion de ceux-ci dans l'ensemble du corps médical est de 22 pour cent (tableau X.1).

1234. De même que la répartition par spécialités, la distribution géographique actuelle des médecins du Québec est loin d'être satisfaisante ¹.

1235. Par contre, depuis 1951, le Québec maintient un rapport médecins/population identique à celui du pays. Seulement deux provinces, l'Ontario et la Colombie-Britannique, comptent proportionnellement plus de médecins que le Québec en 1965 ².

2. — LES DENTISTES

1236. Le nombre de dentistes pour 100,000 habitants est à peu près stable au Québec depuis 1945. De plus, la profession dentaire ne connaît pas de tendance très forte vers la spécialisation. Comparativement aux autres provinces, le Québec est moins pourvu de dentistes que de médecins. Il occupe le sixième rang des provinces canadiennes sous le rapport dentistes/population. En 1969, la Colombie-Britanni-

¹ *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, volume I. L'Assurance-maladie, chap. III, pp. 82-91.*

² Voir l'annexe 8 de notre rapport.

TABLEAU X.1

Effectifs médicaux

Nombre total de médecins, nombre de spécialistes, nombre de médecins pour 100,000 habitants et nombre de spécialistes pour 100,000 habitants, au Québec, de 1945 à 1969

<i>Année</i>	<i>Médecins *</i>	<i>Spécialistes</i>	<i>Spécialistes en % du total des médecins</i>	<i>Médecins pour 100,000 habitants</i>	<i>Spécialistes pour 100,000 habitants</i>
1945	3,449	N.D.	N.D.	97	N.D.
1946	3,548	N.D.	N.D.	98	N.D.
1947	3,788	N.D.	N.D.	102	N.D.
1948	4,023	N.D.	N.D.	106	N.D.
1949	4,181	N.D.	N.D.	108	N.D.
1950	4,145	N.D.	N.D.	104	N.D.
1951	4,150	N.D.	N.D.	102	N.D.
1952	4,311	940	21.8	103	23
1953	4,452	1,293	29.0	104	30
1954	4,559	1,518	33.3	104	35
1955	4,793	1,990	41.5	106	44
1956	4,905	2,016	41.1	106	44
1957	5,163	2,096	40.6	108	44
1958	5,398	2,220	41.1	110	45
1959	5,622	2,382	42.4	112	47
1960	5,863	2,583	44.1	114	50
1961	6,094	2,715	44.6	116	52
1962	6,232	2,895	46.5	116	54
1963	6,439	3,016	46.9	118	55
1964	6,653	3,166	47.6	119	57
1965	6,884	3,316	48.2	121	58
1966	6,974	3,467	49.7	121	60
1967	7,215	3,531	48.9	123	60
1968	7,467	3,766	50.4	126	64
1969	7,726	3,935	50.9	129	66

Source : Chiffres obtenus du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

* Médecins détenant un permis d'exercice. Ajoutons pour le bénéfice du lecteur, qu'il y avait en 1964, 1968 et 1969, respectivement 1,353, 1,623 et 1,611 internes et résidents dans les hôpitaux du Québec.

N. D. = non disponible.

que compte 42 dentistes pour 100,000 habitants et l'Ontario, 39 pour 100,000. Le Québec, avec 28 dentistes pour 100,000 habitants, a une moyenne inférieure d'environ 20 pour cent par rapport à l'ensemble du Canada. La pénurie relative de dentistes s'accroît dans certaines régions du Québec. Par contre, on reconnaît depuis plusieurs années¹ la nécessité de la formation d'un personnel auxiliaire qui allègera de beaucoup le travail des dentistes. De plus, à long terme, la fluoration de l'eau permettra assurément de diminuer la demande de soins dentaires.

3. — LES PHARMACIENS

1237. Comme pour les dentistes, le rapport pharmaciens/population a aussi tendance à se stabiliser depuis la dernière guerre et, en particulier, depuis 1955. Le rapport pharmaciens/population, de 33 pour 100,000 habitants en 1969, est passablement moins élevé que dans l'ensemble du pays, où il est de 51 pour 100,000.

1238. Toutefois, avant de conclure à une pénurie de pharmaciens, il convient d'analyser soigneusement les fonctions actuelles des pharmaciens d'officine qui, à cause des limitations de celles-ci, peuvent présenter un cas de sous-utilisation des ressources spécialisées².

4. — LES AUTRES CATÉGORIES DE PERSONNEL PROFESSIONNEL ET TECHNIQUE

1239. Le tableau X.2 indique, dans le cas de six professions de la santé, les effectifs pour 100,000 habitants dans les différentes provinces canadiennes. Dans le cas des physiothérapeutes et des techniciens en biologie médicale, le Québec accuse un net retard par rapport aux autres provinces canadiennes, exclusion faite des provinces de l'Atlantique. Toutefois, on prévoit que l'automatisation des laboratoires atténuera dans l'avenir la pénurie de techniciens. Quant aux optométristes, le Québec a le taux le plus élevé de toutes les provinces. Le nombre de techniciens en radiologie et d'archivistes pour 100,000 habitants est sensiblement le même que celui de l'Ontario.

1240. La connaissance des ressources humaines disponibles permet de mettre l'accent sur la formation des types de professionnels de la santé qui sont en nombre insuffisant. Par exemple, au Québec, on doit considérer la formation de physiothérapeutes comme priori-

¹ La formation d'un personnel auxiliaire faisait déjà l'objet d'une recommandation de la Commission royale d'enquête sur les services de santé au Canada (Commission Hall) en 1965. Voir à ce sujet : *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé*, vol. I, p. 77, recommandation 169.

² Voir à ce sujet l'annexe 4 de notre rapport.

TABLEAU X.2

Nombre de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de techniciens en biologie médicale, de techniciens en radiologie, d'archivistes et d'optométristes pour 100,000 h. dans chaque province canadienne, en 1968

	<i>Physiothérapeutes (1968)</i>	<i>Ergothérapeutes (1968)</i>	<i>Techniciens en biologie médicale</i>	<i>Techniciens en radiologie (1968)</i>	<i>Archivistes (1968)</i>	<i>Optométristes (1969)</i>
Canada	8.7	2.5	21	19	5.3	7.0
Terre-Neuve	1.5	0.7	89	13	1.8	2.9
Île-du-Prince-Édouard	0.9	—	21	24*	1.8	4.5
Nouvelle-Écosse	7.2	1.5	34		9.2	5.0
Nouveau-Brunswick	1.6	0.9	15		5.8	6.1
Québec	5.0	2.0	14	17	4.6	8.0
Ontario	11.2	3.3	21	16	4.7	6.8
Manitoba	9.8	3.3	33	27	5.7	5.5
Saskatchewan	7.9	1.7	34	24	9.5	7.5
Alberta	10.4	2.8	27	19	8.7	7.9
Colombie-Britannique	14.4	3.0	25	17	5.5	7.1

Source : Voir l'annexe 8 de notre rapport, chapitre V.

* Ce chiffre s'applique aux trois provinces de l'Atlantique, à l'exception de Terre-Neuve.

taire si l'on veut vraiment assurer les soins de réadaptation. De plus, on doit assurer, à l'intérieur du régime, cette mise à jour continuelle des effectifs disponibles de la santé. Ainsi seulement, est-il possible, pour la période immédiatement à venir, d'orienter les étudiants vers les secteurs où les besoins sont les plus pressants.

C. — LA STRUCTURE DE LA MAIN-D'ŒUVRE HOSPITALIÈRE

1241. La main-d'œuvre hospitalière connaît une croissance extrêmement rapide au Québec au cours des dernières années. En effet, elle double de 1953 à 1960 et double de nouveau pendant les sept années qui suivent. En somme, de 1953 à 1967, la main-d'œuvre hospitalière a quadruplé (graphique X.1).

1242. C'est le personnel infirmier qui cause principalement cet accroissement : il s'est presque multiplié par six entre 1953 et 1967 pour finalement compter, au cours de cette dernière année, plus de la moitié de tout le personnel hospitalier.

1243. Toutefois, le personnel professionnel et technique (autre que le personnel médical et infirmier) a connu l'accroissement relatif le plus spectaculaire au cours de cette période de quatorze ans. Comme l'indique la quatrième colonne du tableau X.3, ce personnel passe de 904 employés en 1953 à 6,628 en 1967, soit une augmentation de plus de 700 pour cent.

1244. Le phénomène marquant de l'évolution du personnel infirmier, au cours des dernières années, vient de l'apparition et du développement très rapide d'un personnel de soutien à côté des catégories plus traditionnelles, représentées par les infirmières diplômées et les étudiantes infirmières. En 1956, ces deux dernières catégories représentent 65 pour cent du personnel infirmier et, dix ans plus tard, 46 pour cent seulement. Il s'agit évidemment ici d'un phénomène de substitution extrêmement important.

1245. Enfin, au cours de la même période, une partie du personnel infirmier quitte le service privé et le domaine de l'hygiène publique scolaire et industrielle, — dont les effectifs, en pourcentage, diminuent de moitié — pour entrer dans le secteur hospitalier. En 1961, seulement 70.5 pour cent des infirmières travaillent dans les hôpitaux, alors qu'en 1967 ce pourcentage atteint 82.3 pour cent.

1246. L'accroissement du personnel infirmier diplômé travaillant au Québec porte le taux, pour 100,000 habitants, de 255 en 1961, à 455 en 1968. Il y a, en 1968, pour 100,000 habitants, 200 infirmières

TABLEAU X.3

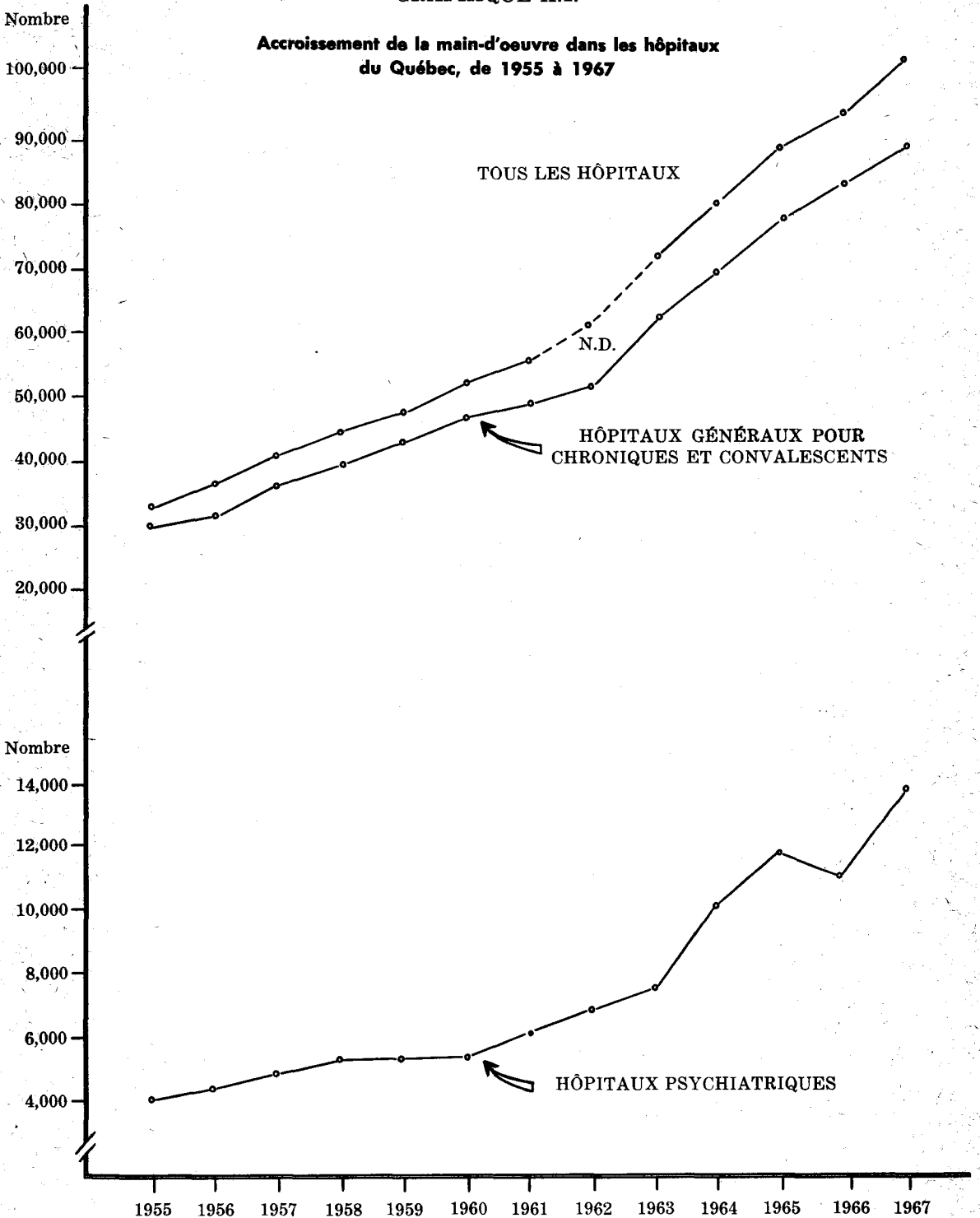
Main-d'oeuvre hospitalière, par grandes catégories, pour l'ensemble des hôpitaux du Québec, de 1946 à 1967

<i>Année</i>	<i>Personnel adminis- tratif</i>	<i>Personnel médical</i>	<i>Personnel infirmier</i>	<i>Autre personnel professionnel et technique</i>	<i>Autres</i>	<i>Total</i>
1946	N.D.	752	N.D.	N.D.	N.D.	16,823
1947	N.D.	1,032	N.D.	N.D.	N.D.	17,938
1948	N.D.	951	N.D.	N.D.	N.D.	18,519
1949	N.D.	1,126	N.D.	N.D.	N.D.	20,505
1950	N.D.	1,073	N.D.	N.D.	N.D.	22,068
1951	N.D.	1,266	N.D.	N.D.	N.D.	23,326
1952	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
1953	891	1,023	10,498	904	12,739	26,055
1954	324	1,371	11,258	1,351	13,632	27,936
1955	315	1,417	14,035	1,492	16,229	33,488
1956	365	1,494	14,744	2,028	17,668	36,299
1957	399	1,716	16,844	2,278	19,718	40,955
1958	406	1,891	18,556	2,581	20,914	44,348
1959	400	2,675	22,591	2,877	19,088	47,631
1960	467	2,538	25,328	3,563	19,834	51,730
1961	528	2,963	27,135	3,607	20,260	54,493
1962	531	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
1963	753	2,738	37,545	2,882	26,859	70,777
1964	946	3,073	42,542	3,617	29,587	79,765
1965	1,132	3,190	46,877	4,383	32,711	88,293
1966	1,095	3,488	49,614	4,821	34,017	93,035
1967	1,510	N.D.	56,696	6,626	37,777	102,091

Source : Tableau tiré de l'annexe 8 de notre rapport.
N. D. = non disponible.

GRAPHIQUE X.1.

Accroissement de la main-d'œuvre dans les hôpitaux
du Québec, de 1955 à 1967



Source : Graphique tiré de l'annexe 8 de notre rapport.

N. D. = non disponible.

diplômées de plus qu'en 1961, alors qu'à cette date, le Québec, avec un taux de 255 pour 100,000 habitants, occupe l'avant-dernier rang de toutes les provinces. Notons également qu'il y a au Québec, en 1967, 6,500 infirmières inscrites à l'Association des infirmières de la province de Québec qui n'exercent pas leur profession ¹.

II — LA DÉTERMINATION DES BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE

1247. On évalue les besoins de main-d'œuvre en comparant les déterminants de la demande de soins et les possibilités de l'offre. Pour la prévision, l'exploration de ces déterminants comporte des difficultés majeures, surtout dans une conjoncture qui demande des modifications importantes de l'orientation du régime de la santé et, par conséquent, le redressement des tendances passées.

1248. La demande de soins ne sert pas d'approximation convenable des besoins de la population. Elle traduit des besoins d'abord « ressentis » par l'individu, dont l'expression dépend à la fois de circonstances personnelles, ainsi que de l'organisation et de la distribution des soins ². L'instrument proposé dans ce chapitre pour la prévision des effectifs analyse et projette l'incidence actuelle de la morbidité hospitalière. Ce sont les seules données statistiques sur lesquelles nous pouvons compter. Pour circonscrire entièrement les besoins de la population, il faut donc attendre que les organismes responsables de la mise en place d'un véritable réseau de services complètent la recherche de longue haleine qu'exige la connaissance de l'épidémiologie, et alors, il faut encore s'assurer que les besoins ainsi définis s'expriment par une demande effective.

1249. De plus, une véritable prévision des besoins de main-d'œuvre intègre les effets du progrès technologique sur l'utilisation future de la main-d'œuvre, les effets des changements escomptés dans les modes de distribution des soins, et les possibilités de substitution entre les différentes catégories de personnel.

1250. Vu l'ampleur des changements proposés par la Commission dans l'organisation et la distribution des soins, il n'est pas possible

¹ Soit 12 pour cent du total du personnel infirmier diplômé.

² Des études sur l'état de santé de la population permettraient par contre de mesurer les besoins réels. Dans le chapitre II du présent volume, nous avons examiné un certain nombre d'indices de l'état de santé de la population du Québec. Pour significatifs qu'ils soient, ils ne décrivent pas moins qu'une partie des problèmes de santé.

d'en circonscrire parfaitement les effets sur la demande de main-d'œuvre.

1251. Que ce soit au plan des soins externes, des soins espacés, des soins à domicile, et surtout au niveau des soins généraux distribués dans les CLS, leur utilisation n'a atteint nulle part l'ampleur qu'on a voulu leur donner. Par conséquent, l'organisation du travail, la définition des tâches, la structure du personnel n'y sont pas encore définies de façon suffisamment précise pour servir à la prévision.

1252. De plus, chacune des formules nouvelles proposées pour répondre plus efficacement aux besoins et atteindre de meilleurs résultats a des incidences sur la structure de la demande de soins hospitaliers. En conséquence, la structure du personnel œuvrant en milieu hospitalier, bien définie par les coefficients de main-d'œuvre, est elle-même appelée, du fait de ces changements, à subir des modifications importantes qu'on ne peut toutes prévoir.

1253. Quant aux possibilités de substitutions entre les catégories de personnel destiné à exécuter les tâches, seules les précisent l'expérimentation par des projets pilotes et la recherche opérationnelle¹.

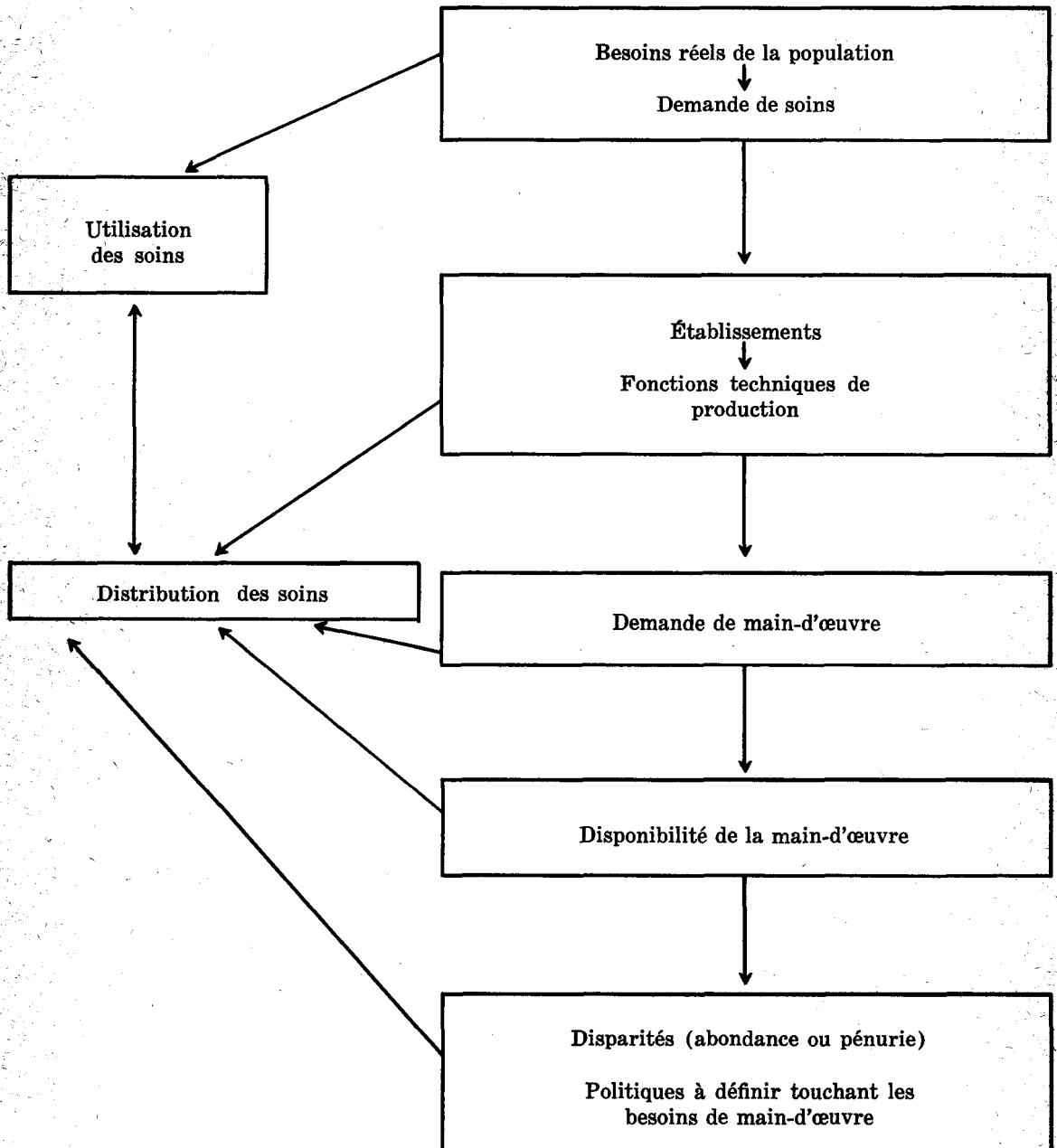
1254. Pour ces diverses raisons, la démarche qui nous semble nécessaire pour évaluer les besoins de la main-d'œuvre de la santé apparaît incomplète. Nous insistons surtout sur les étapes propres à cette démarche et sur la signification des principales variables, identifiant au passage celles qui seront les plus sensibles aux changements qui surviendront dans le régime de la santé. Les résultats de cette démarche, qui portent sur les effectifs prévus ou à prévoir pour 1976, doivent être révisés et constamment réinterprétés à la lumière des renseignements additionnels que fournira, après la mise en application du régime, la connaissance plus précise des facteurs épidémiologiques.

1255. Nous avons résumé dans le diagramme X.1 les diverses étapes qui conduisent à la détermination des besoins de main-d'œuvre.

¹ La Commission a immédiatement reconnu l'importance de ces aspects et le besoin de les étudier davantage. Mais, par suite de la formation par le gouvernement du Québec d'un comité d'étude des professions auxiliaires de la santé (arrêté en conseil 2624 du 14 août 1968), elle a estimé que leur étude relève plus du mandat de ce comité que du sien. Sur la foi d'une disposition de l'arrêté en conseil portant que « le comité établisse les relations nécessaires avec la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social », les deux organismes, après consultation, se sont partagé le travail de recherche. Le comité a remis au gouvernement un rapport préliminaire sur ses travaux, le 20 mars 1969.

DIAGRAMME X.1

Les principales composantes des besoins de main-d'œuvre



La connaissance de ces besoins est nécessaire pour des unités de distribution des soins reliées à un ensemble de variables qui en affectent l'offre et la demande.

A. — LES BESOINS RÉELS DE SOINS

1256. Les besoins de soins sont essentiellement reliés à l'incidence, au sein d'une population, d'états morbides, eux-mêmes rattachés à la structure démographique et aux conditions de vie. Examinons ces deux composantes.

1. — LA STRUCTURE DÉMOGRAPHIQUE

1257. L'incidence de la maladie varie selon l'âge et le sexe de la population. Plus la répartition de la population selon l'âge et le sexe changera, plus les besoins de soins différeront de ceux que nous connaissons.

1258. Au cours de la période allant de 1966 à 1986, selon une hypothèse moyenne de croissance ¹, la population du Québec augmentera de 40 pour cent. Cependant, en raison des variations passées et des hypothèses d'évolution future de la mortalité, de la fécondité et des migrations nettes, le rythme de croissance n'est pas le même à tous les âges, ce qui entraîne des changements considérables dans la composition par âge de la population.

1259. Deux observations se dégagent des prévisions démographiques : en premier lieu, les groupes d'âge de « moins de vingt ans » croissent moins rapidement que l'ensemble de la population et, en second lieu, ceux de « 65 ans et plus » augmentent à un rythme plus de deux fois supérieur à celui de l'ensemble (tableau X.4). Ces caractéristiques générales de l'évolution démographique demandent toutefois des précisions supplémentaires.

1260. La croissance de 26.8 pour cent du groupe de 0-4 ans de 1966 à 1986 masque les variations du taux de croissance d'un lustre à l'autre ; en effet, de 1966 à 1971, il y a réduction de ce groupe d'âge en raison du taux très bas de la fécondité au cours de ces années et, par conséquent, ce n'est qu'après 1971 que se produit, pour ce même groupe, une augmentation découlant non seulement de l'accroissement du nombre de femmes aptes à procréer, mais aussi d'une hausse, si

¹ Voir l'appendice I intitulé : « Les prévisions de la population » de l'annexe 8 de notre rapport.

TABLEAU X.4

Indice de croissance * de la population du Québec par groupes d'âge
de 1966 à 1986

<i>Groupes d'âge</i>	<i>Année</i>				
	1966	1971	1976	1981	1986
0 — 4 ans	100.0	90.5	103.5	117.0	126.8
5 — 14 ans	100.0	102.2	95.1	96.8	109.6
15 — 19 ans	100.0	111.2	122.4	116.4	106.0
20 — 24 ans	100.0	121.4	134.8	148.1	141.0
25 — 44 ans	100.0	110.4	126.2	146.0	161.7
45 — 64 ans	100.0	114.4	127.5	147.7	147.0
65 ans	100.0	119.9	139.7	164.0	189.2
Tous les âges	100.0	108.6	118.0	128.6	139.9

Source : Voir l'appendice I intitulé : « Les prévisions de population » de l'annexe 8 de notre rapport.

* La croissance représente ici une estimation moyenne par rapport à un accroissement démographique minimal ou maximal.

légère soit-elle, de la fécondité. Le groupe d'âge de 5-15 ans présente un phénomène analogue : après une légère augmentation de 1966 à 1971 (2.2 pour cent), le nombre d'enfants de 5-14 ans diminuera jusqu'en 1976, puis se stabilisera entre 1976 et 1981, pour ensuite augmenter jusqu'en 1986; au total, on observe une augmentation de 9.6 pour cent au cours des vingt prochaines années. Le groupe d'âge de 15-19 ans connaît toutefois une croissance encore plus faible : 6 pour cent de 1966 à 1986. Il y a d'abord augmentation de 1966 à 1976 (22.4 pour cent), puis diminution constante jusqu'en 1986.

1261. Contrairement à celle des jeunes, la croissance du nombre des adultes dépasse légèrement celle de l'ensemble de la population. De 1966 à 1981, la population des différents groupes d'âge de 20 à 64 ans augmentera à des rythmes similaires (46 à 48 pour cent). Mais, au dernier lustre (de 1981 à 1986), les taux de croissance s'écartent : il y a diminution importante de la population du groupe d'âge de 20-24 ans et, à un degré moindre, du groupe d'âge de 45-64 ans, tandis que la population des 25 à 44 ans augmente sensiblement au même rythme qu'au cours des quinze années précédentes. Au total, la population active, c'est-à-dire celle qui est susceptible de participer à la production des biens et des services, s'élève plus rapidement que l'ensemble de la population.

1262. Au cours des vingt prochaines années, l'augmentation la plus considérable survient chez les personnes âgées de 65 ans et plus. En effet, pendant que la population totale augmente de 39.9 pour cent, celle des personnes âgées croît de 89.2 pour cent de 1966 à 1986. Ce facteur est, à lui seul, susceptible d'entraîner une hausse assez considérable de la demande de soins ¹.

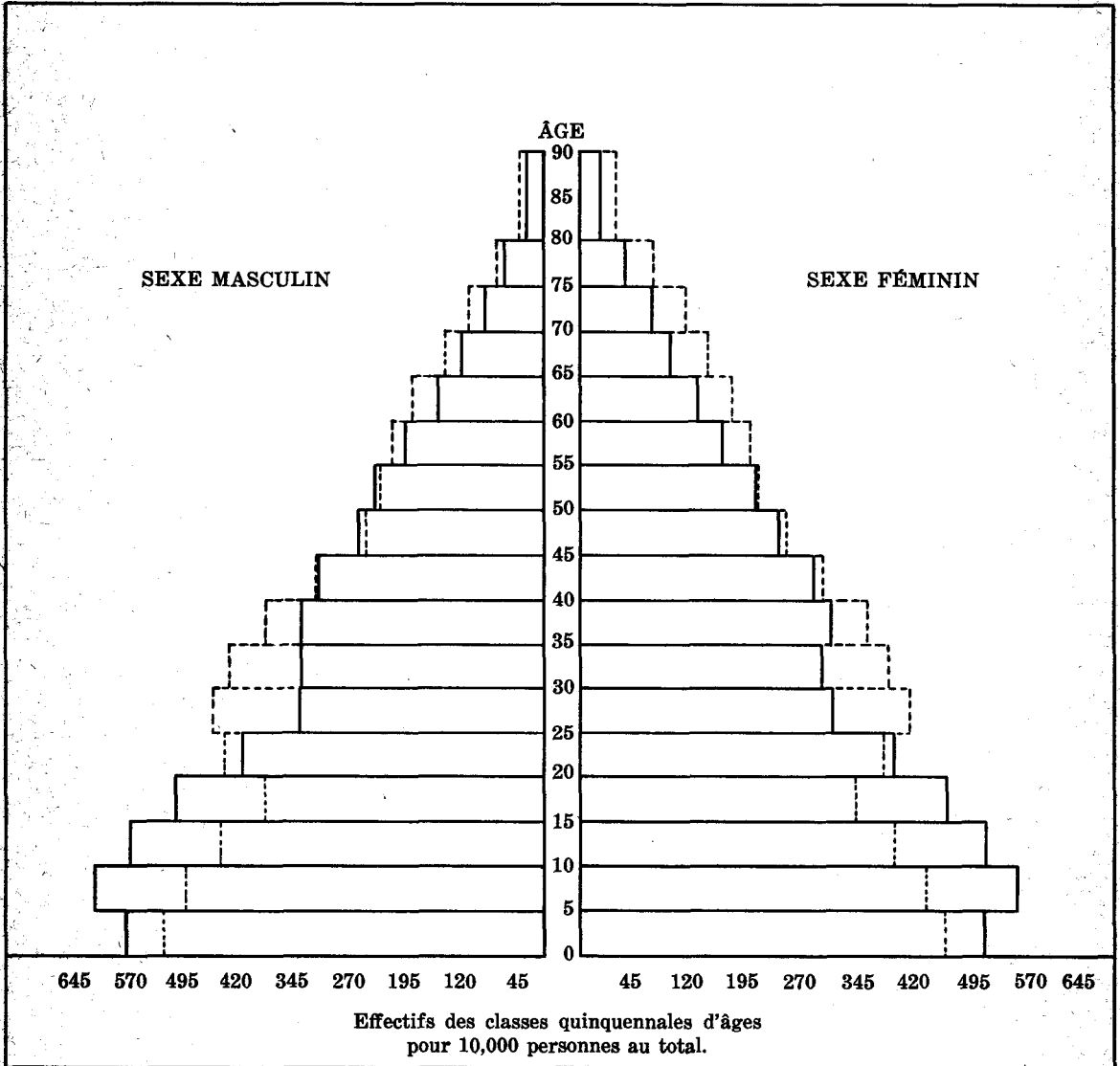
1263. La juxtaposition des pyramides d'âges de 1966 et 1986 (diagramme X.2) illustre les principaux changements qui interviennent dans la composition par âge de la population québécoise ². La comparaison des deux pyramides révèle des transformations marquées. On y perçoit une nette tendance au vieillissement. L'importance relative des premiers groupes d'âge (0-19 ans) diminue au profit des jeunes adultes (25 à 39 ans) et des groupes d'âge comprenant les personnes de 55 ans et plus. Le vieillissement de la population tient principalement à la baisse de la fécondité. On note également que la

¹ On estime généralement que le volume de soins médicaux, pour la population âgée de 65 ans et plus, équivaut au double de celui d'une population âgée de moins de 65 ans.

² Afin que ces pyramides d'âges soient comparables, nous avons réparti dans chaque cas la population selon le sexe et les groupes d'âge pour 10,000 personnes au total.

DIAGRAMME X.2

Pyramide d'âges de la population du Québec, en 1966 et 1986 *



Source : Diagramme tiré de l'appendice I de l'annexe 8 de notre rapport.

Légende : Ligne continue : 1966

Ligne pointillée : 1986

* Suivant l'hypothèse d'un accroissement démographique moyen.

proportion des adultes par rapport à la population totale passe de 60.3 pour cent en 1966 à 64.1 pour cent en 1986 (tableau X.5) ¹.

1264. L'incidence de la maladie varie selon l'âge et le sexe de la population. Plus les variations sont importantes, plus les besoins futurs et la demande de soins seront différents de ceux d'aujourd'hui.

1265. Parmi les variables démographiques, la pyramide d'âges et les taux de fécondité sont celles qui sont le plus facilement mesurables. Par contre, d'autres variables, comme la diminution de la population rurale au profit de la population urbaine, peuvent aussi avoir une incidence importante sur la demande de soins. L'augmentation de la population actuelle et sa répartition entre les diverses professions et les diverses industries sont autant de variables qui affectent la nature de la demande de soins. Ainsi, ce sont les connaissances acquises par les études épidémiologiques sur les relations entre les facteurs démographiques et l'incidence de la morbidité qui éclairent le choix des variables démographiques significatives de la demande de soins.

2. — LES FACTEURS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

1266. L'analyse de la morbidité et de la mortalité selon les variables d'âge, de sexe, de milieu social et physique, etc., relie l'organisation des soins et les types de main-d'œuvre aux besoins de la communauté. Comme nous l'avons déjà indiqué, nos observations se limitent ici à l'étude de la morbidité et de la mortalité chez les personnes hospitalisées. Par contre, les besoins de soins dépassent largement le cadre de l'hôpital. Le graphique X.2 illustre l'importance des phénomènes de morbidité et leur influence sur les besoins de divers types de soins et de main-d'œuvre. Pour le Québec en 1967, on y retrouve, par âge et par sexe, les taux d'hospitalisation (à l'exclusion des opérations chirurgicales, des accouchements et des naissances vivantes) et le séjour moyen.

1267. Nous constatons que le séjour moyen varie proportionnellement aux taux d'hospitalisation : pour les jeunes de 0 à 4 ans et

¹ Ces commentaires changeraient peu si, au lieu de l'hypothèse moyenne, nous examinons les autres hypothèses adoptées. Ainsi, l'hypothèse forte entraîne un vieillissement modéré de la population et l'hypothèse faible un vieillissement accentué. Mais dans chaque cas, l'importance relative des jeunes (0-14 ans) diminue et celle des adultes (15-64 ans) et des vieillards (65 ans et plus) augmente. On peut donc avancer, sans grand risque d'erreurs, que les années futures verront s'accuser progressivement le vieillissement de la population, les chiffres présentés pour quantifier le phénomène pouvant toutefois varier. Voir à ce sujet l'appendice I de l'annexe 8 de notre rapport, *op. cit.*, au tableau 3.14.

TABLEAU X.5

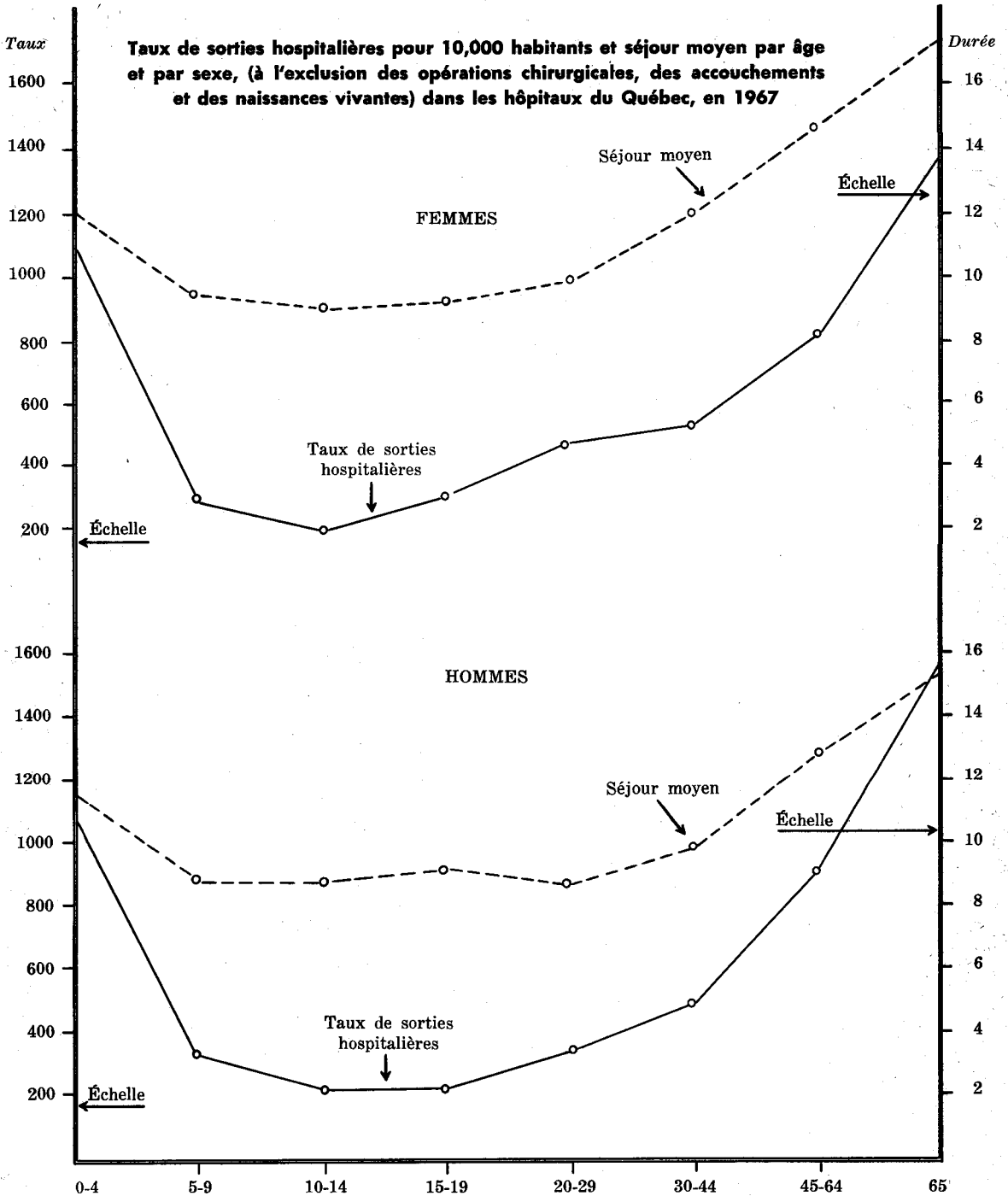
**Répartition en pourcentage de la population
québécoise par groupes d'âge, de 1966 à 1986 ***

<i>Année</i>	<i>Groupe d'âge (sexes réunis)</i>				
	<i>0 — 14 ans</i>	<i>15 — 64 ans</i>	<i>65 et plus</i>	<i>15 — 19 ans</i>	<i>60 — 64 ans</i>
	%	%	%	%	%
1966	33.6	60.3	6.1	9.8	3.0
1971	30.5	62.8	6.7	10.0	3.3
1976	27.9	64.9	7.2	10.2	3.5
1981	27.0	65.2	7.8	8.9	3.5
1986	27.7	64.1	8.2	7.4	3.8

Source : Tableau tiré de l'appendice I de l'annexe 8 de notre rapport.

* Suivant l'hypothèse d'un accroissement démographique moyen.

GRAPHIQUE X.2



Source : Graphique tiré de l'annexe 8 de notre rapport.

les gens âgés de 65 ans et plus, les taux d'hospitalisation et les séjours moyens sont relativement élevés. Si la population du Québec se compose d'une proportion croissante de personnes âgées et que les composantes de l'offre de soins demeurent les mêmes, les besoins de soins hospitaliers augmenteront. Or, les raisons d'hospitalisation des personnes de 65 ans et plus diffèrent par rapport aux autres groupes d'âges. C'est dire que le volume accru des soins pour répondre aux besoins spécifiques de cette population entraînera des changements dans la structure de la main-d'œuvre nécessaire. Entre autre, cette évolution détermine un besoin relatif accru de soins aux malades chroniques.

1268. Les variations de la morbidité hospitalière par âge et par sexe démontrent l'importance d'une connaissance aussi précise que possible de l'évolution de la population au cours des prochaines années. Elles servent également à préciser le lien qui existe entre la nature des soins à offrir et les besoins de la communauté.

1269. Le tableau X.6 fournit la répartition des hospitalisations selon les grands groupes de diagnostics. Certains groupes de diagnostics de morbidité hospitalière sont beaucoup plus fréquents que d'autres. Ainsi, les maladies de l'appareil respiratoire représentent 10.95 pour cent de l'ensemble des hospitalisations en 1966, alors que certaines d'entre elles touchent à la fois les très jeunes et les gens âgés et que d'autres affectent parfois seulement ou surtout les jeunes. La répartition de quelques autres maladies varie très peu selon l'âge; ces troubles ont tendance à se manifester au cours de saisons particulières et, malgré tout, depuis une vingtaine d'années, les taux d'hospitalisation et les taux de mortalité ont subi une baisse. Elles n'en conservent pas moins une place considérable dans la morbidité hospitalière et ne sont supplantées que par les maladies de l'appareil digestif. Une des dernières caractéristiques des maladies de ce groupe, c'est qu'elles sont tantôt de longue durée, tantôt passagères. De plus, quelle que soit la maladie, la durée du séjour à l'hôpital est fonction de l'âge du malade.

1270. En 1966, on signale, dans ce groupe de maladies, 100,900 diagnostics, soit ceux de 11 pour cent de tous les malades sortis des hôpitaux du Québec au cours de cette période. Un peu plus de la moitié d'entre eux, soit 53 pour cent, sont des enfants de moins de 10 ans. Sur ce nombre, il y a 5,000 malades du sexe masculin de plus que du sexe féminin. La statistique établit que 98.7 pour cent des malades admis quittent l'hôpital vivants et que, sur les 1,300 personnes décédées à l'hôpital, 800 sont du sexe masculin, soit 63 pour cent.

TABLEAU X.6

Répartition suivant le diagnostic, en nombre et en pourcentage, des hospitalisations enregistrées dans les hôpitaux du Québec, en 1966

		Nombre	% total
<i>Total des hospitalisations pour tous les diagnostics.</i>	T	920,626	T 100.0
	M	380,680	M 41.3
	F	539,946	F 53.7
Maladies infectieuses et parasitaires (001-138)	T	14,274	
	M	7,200	1.55
	F	7,074	
Tumeurs (malignes et bénignes) (140-239)	T	48,200	
	M	16,647	5.25
	F	31,553	
Maladies allergiques, endocriniennes, du métabolisme et de la nutrition (240-289)	T	27,682	
	M	10,692	3.00
	F	16,990	
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques (290-299)	T	5,741	
	M	2,779	0.60
	F	2,962	
Troubles mentaux, psychonévroses et troubles de la personnalité (300-326)	T	30,290	
	M	12,653	3.30
	F	17,637	
Maladies du système nerveux et des organes des sens (330-398)	T	43,688	
	M	21,819	4.75
	F	21,869	
Maladies de l'appareil circulatoire (400-468)	T	65,390	
	M	33,812	7.10
	F	31,578	
Maladies de l'appareil respiratoire (470-527)	T	100,850	
	M	52,922	10.95
	F	47,928	

TABLEAU X.6 (suite)

Maladies de l'appareil digestif (530-587)	T	115,297	12.50
	M	58,754	
	F	56,543	
Maladies des organes génito-urinaires (590-637)	T	66,242	7.20
	M	23,096	
	F	43,146	
Accouchements et complications (grossesses, accouchements et suites de couches) (640-689)	T	144,375	15.70
Maladies de la peau et du tissu cel- lulaire (690-716)	T	15,964	1.75
	M	7,822	
	F	8,142	
Maladies des os et organes du mou- vement (720-749)	T	28,622	3.10
	M	14,337	
	F	14,285	
Malformations congénitales (750-759)	T	11,930	1.30
	M	5,953	
	F	5,977	
Maladies propres à la première en- fance (760-776)	T	8,748	0.95
	M	5,016	
	F	3,732	
Sénilité, symptômes et états mal définis (780-795)	T	23,160	2.50
	M	11,637	
	F	11,525	
Accidents, empoisonnements et trau- matismes (800-999)	T	58,056	6.30
	M	38,286	
	F	19,770	
Examens (absence de maladies), chi- rurgie réparatrice et enfants nés vivants (Y00-Y29)	T	112,117	12.20
	M	57,255	
	F	54,862	

Légende : T = Total
M = Masculin
F = Féminin

Source : Tableau tiré de l'annexe 8 de notre rapport.

1271. Ces renseignements sur la morbidité hospitalière font ressortir de façon très nette la nécessité de connaître les besoins de soins.

1272. Des études épidémiologiques auprès de l'ensemble de la population permettent de situer la morbidité hospitalière dans le contexte plus large de l'ensemble des besoins de la population.

1273. La structure des besoins de soins reflète également les conditions de vie de la population : milieu rural ou urbain, conditions de logement, type et lieu d'emploi, hygiène personnelle, fréquence des accidents. D'autres chapitres du présent volume ont déjà fait état de ces relations ¹.

1274. Une fois acquise la connaissance des besoins, il faut s'assurer qu'ils se traduisent en une demande effective. La transition entre besoins et demande repose sur un certain nombre de préalables. Il faut d'abord que l'individu reconnaisse le besoin et soit conscient que les soins disponibles le satisfont effectivement. On relie ces attitudes de l'individu à son éducation et, en général, à son milieu social. La transition entre le besoin et la demande effective exige aussi que les soins existants soient financièrement et géographiquement accessibles à l'individu ; elle suppose encore que la science médicale détermine les moyens thérapeutiques appropriés et que ces moyens soient incorporés aux soins offerts à la population.

B. — L'OFFRE DE SOINS

1275. Dans notre schéma touchant les déterminants des besoins de main-d'œuvre, nous avons exposé les circonstances qui fondent la demande effective de soins, mais le système de distribution ne peut la satisfaire que si des mécanismes sont mis en place pour offrir à la population les soins dont elle a besoin. Examinons maintenant les conditions de cette offre de soins qui, d'une certaine façon, contribuent également à déterminer les besoins de main-d'œuvre.

1. — LE CADRE GÉNÉRAL DU SYSTÈME DE DISTRIBUTION DES SOINS

1276. Les modalités selon lesquelles le régime de la santé répond aux besoins de la population déterminent les types de personnel nécessaire et affectent les attributions et les tâches appropriées de la main-d'œuvre.

¹ Voir à ce sujet le chapitre II : « Le milieu et l'état de santé », et le chapitre III : « La situation actuelle du régime de la santé ». Voir également l'annexe 3 de notre rapport.

1277. Le cadre général du système de distribution des soins peut varier selon :

1) les objectifs poursuivis par le régime. Parmi ces objectifs, on retrouve l'élimination des obstacles géographiques, financiers, psychologiques et sociologiques, de façon à rendre les soins accessibles à tous, à fournir des soins de qualité et à assurer l'efficacité et la coordination de l'activité des différents agents du régime ;

2) les priorités choisies à court et à long terme. Elles peuvent, par exemple, porter sur les soins préventifs plutôt que les soins curatifs, favoriser les soins continus ou l'organisation des soins gradués dans les hôpitaux et donner préséance à une politique de dépistage. En général, les priorités sont liées à la demande ;

3) les substitutions possibles et désirables entre les modes de distribution des soins. On peut, dans une large mesure, substituer les soins externes ou les soins à domicile aux soins donnés à l'hôpital, et donner, dans des établissements spécialisés à cette fin, les soins aux malades chroniques présentement hospitalisés dans les hôpitaux généraux ;

4) les liens fonctionnels entre les établissements. Ainsi, la coordination entre les établissements ou leur intégration varie d'un système à l'autre ;

5) la taille des établissements qui affecte les types de soins offerts. On observe, par exemple, une grande variation dans l'importance relative de certains services hospitaliers, selon la taille de l'hôpital. Le tableau X.7 sur la répartition en pourcentage des heures rémunérées indique l'importance que prennent les services spéciaux et supplémentaires dans les hôpitaux de 300 lits et plus. Ces grands hôpitaux ont une fonction hospitalière différente des autres, du fait qu'ils offrent des soins plus complexes qui requièrent des travailleurs plus spécialisés. À mesure que croît la taille de l'hôpital, l'importance des soins infirmiers diminue au profit des services spéciaux qui groupent, en plus de la pharmacie, de la biologie médicale et de la radiologie, la physiothérapie, les services pour malades externes, les services d'enseignement et autres.

2. — LES FONCTIONS TECHNIQUES DE PRODUCTION

1278. Les fonctions techniques de production reflètent les relations qui s'établissent entre la quantité d'un produit donné et les types et quantités de ressources qui servent à le produire. À l'intérieur d'un cadre général spécifique, les fonctions techniques de production varient selon :

TABLEAU X.7

Répartition en pourcentage des heures rémunérées dans les hôpitaux du Québec en 1966, suivant la taille de l'hôpital et le type de services

<i>Nombre de lits</i>	<i>Total</i>	<i>Soins infirmiers</i>	<i>Services spéciaux *</i>	<i>Services supplémentaires **</i>	<i>Services généraux ***</i>
10 - 24	100.0	48.6	4.2	1.6	45.6
25 - 49	100.0	50.9	6.0	1.4	41.7
50 - 99	100.0	45.2	6.2	12.8	35.8
100 - 199	100.0	40.3	8.4	18.2	33.1
200 - 299	100.0	43.5	9.2	17.9	29.4
300 - 499	100.0	35.6	13.0	21.8	29.6
500 - 999	100.0	32.9	14.4	25.8	26.9
1000 ou plus	100.0	31.1	15.9	23.7	29.3

Source : Tableau tiré de l'annexe 8 de notre rapport.

* Services reliés au diagnostic.

** Services reliés principalement à l'enseignement médical et infirmier.

*** Services reliés à l'hébergement.

1) les objectifs attribués aux divers établissements faisant partie du système de distribution des soins;

2) la reconnaissance des phénomènes de complémentarité entre les ressources. Par exemple, jusqu'ici on observe que le nombre d'infirmières augmente en fonction de celui des médecins. La relation entre ces deux types de personnel peut se poursuivre ou ne plus se réaliser à l'avenir, selon les modalités de production adoptées;

3) les développements technologiques, qui entraînent la substitution d'une ressource à une autre, c'est-à-dire des changements dans les proportions des ressources utilisées. Dans le secteur de l'automatisation, la mécanisation maximale des processus technologiques conduit généralement au remplacement d'une partie du personnel en place par des appareils contrôleurs et régulateurs et des travailleurs plus spécialisés. Ainsi, les ordinateurs, alors qu'ils entraînent une réduction du personnel ordinaire d'un service, nécessitent par contre la présence de nouveaux techniciens. Le modèle utilisé dans la troisième partie de ce chapitre pour la projection de la demande de main-d'œuvre hospitalière suppose que les techniques de production ne changeront point.

a) La substitution

1279. L'accroissement du volume de soins et de la complexité de la technique médicale a entraîné des phénomènes de substitution importants. Comme le soulignait récemment un auteur américain :

Supportive health workers in the United States, who numbered 5 per physician in 1940 and 13 per physician in 1968, are projected to 17 per physician in 1975¹.

1280. Au début du siècle, le médecin, emportant sur lui tous les instruments nécessaires au diagnostic et au traitement, se rendait auprès du malade et passait à son chevet le temps de surveillance nécessaire. Aujourd'hui, l'examen diagnostique est une fonction spécialisée de la radiologie et de la biologie médicale; la surveillance du malade est assurée par l'infirmière et l'interne et, souvent, grâce à un système électronique qui capte à distance les moindres variations dans l'état du malade. La productivité en est accrue. La substitution est, avec la technologie, le moyen principal d'améliorer la productivité au sein des centres de santé.

¹ Extrait de Alex Gerber : « The Medical Manpower Shortage, A World Wide Problem », *World Medical Journal*, janvier-février 1969, vol. 16, N° 1, p. 5.

1281. La substitution est facilitée surtout par la multiplication des hôpitaux et la mise en place d'installations hautement spécialisées. Les établissements hospitaliers pratiquent depuis longtemps déjà la substitution : il suffit de comparer l'organisation et la distribution des soins spécialisés en milieu hospitalier et extra-hospitalier, pour se rendre compte de l'importance des fonctions transférées du médecin spécialiste au personnel professionnel auxiliaire. Il reste cependant qu'on peut améliorer la productivité par des substitutions plus poussées.

1282. Des substitutions intéressantes sont possibles en gériatrie, en obstétrique et en anesthésiologie, et au plan de certaines méthodes simples d'examen du malade, si on forme du personnel en vue de ces tâches. Il existe encore des possibilités non négligeables de transfert de tâches courantes d'administration et d'entretien ménager à un personnel de formation moins poussée; enfin, de façon générale, la répartition des tâches attribuées aux diverses catégories de professionnels de la santé doit évoluer en fonction des progrès techniques.

1283. Si la substitution des tâches reste à poursuivre en milieu hospitalier, elle n'a pas encore touché le secteur extra-hospitalier : à preuve, la concentration quasi totale des effectifs auxiliaires de la santé, professionnels et techniques, dans les hôpitaux.

1284. En milieu extra-hospitalier, les médecins accomplissent un grand nombre de tâches qui peuvent et doivent être exécutées par un personnel spécialisé certes, mais avec une formation moins poussée. Ainsi en est-il dans leur cabinet privé : spécialistes et omnipraticiens se livrent à une multitude de tâches dont l'accomplissement, laissé, au moins en partie, à du personnel auxiliaire formé à cette fin, peut être aussi efficace et sans doute plus économique¹.

1285. Les quelques expériences faites en matière de substitution au niveau des soins ambulatoires et des soins de première ligne

¹ Un groupe de travail fédéral-provincial sur les modes de distribution des soins décrit ainsi la situation actuelle : « L'éventail des soins donnés dans les services externes des hôpitaux devenant de plus en plus étendu, le personnel auxiliaire devrait être augmenté dans les mêmes proportions. A l'heure actuelle le travail du médecin va, sur le plan technique, des piqûres d'immunisation à la transplantation d'un cœur et, sur le plan intellectuel, de la rédaction d'un certificat de santé à l'examen d'un grave trouble biochimique ou neuro-physiologique. Le personnel accomplissant ces nombreuses tâches est entièrement constitué de spécialistes, alors que le travail pourrait être accompli plus efficacement avec une juste proportion d'auxiliaires moins spécialisés qui s'acquitteraient de tâches courantes sous la direction des médecins ». (Extrait de : *Rapport des comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada*, volume 3, op. cit., p. 62.)

ouvrent des perspectives extrêmement intéressantes, pour autant qu'on utilise les effectifs de manière efficace et qu'on réalise une médecine globale. L'expérience pilote des *pediatric nurse practioners* de l'École de médecine de l'Université du Colorado démontre que des infirmières peuvent efficacement remplir, dans des conditions spécifiques, des fonctions de triage, d'orientation, de surveillance et de traitement auparavant réservées aux médecins¹. Elles assurent le premier contact avec tous les malades, établissent le dossier médical complet et procèdent à une première évaluation de la condition du malade; elles ont fréquemment la responsabilité de coordonner les traitements, de conseiller et de guider les malades et leur famille.

1286. Les équipes de soins, élément essentiel du régime proposé par la Commission, ont comme premier objectif de réaliser et d'expérimenter la substitution et la rationalisation des tâches. C'est au sein de ces équipes, œuvrant dans les centres de santé, que l'on utilise le plus facilement le personnel avec un maximum d'efficacité.

1287. Cependant, pour donner de tels résultats, la substitution se fonde sur des études objectives, notamment sur l'évaluation des diverses tâches et fonctions à accomplir et sur la détermination du niveau de formation et de compétence nécessaires pour les exécuter de façon satisfaisante.

1288. On ne peut établir le mérite de diverses substitutions qu'à partir des résultats concrets de la pratique quotidienne. Il est donc nécessaire que toute nouvelle répartition des rôles et fonctions fasse l'objet de projets pilotes avant d'être appliquée sur une grande échelle : alors se vérifient la valeur des diverses assignations des tâches, l'efficacité des modes d'organisation et de communication proposés ainsi que le type et le niveau de formation appropriés.

1289. Pour que la substitution soit efficace, il faut lever les obstacles légaux, administratifs, psychologiques, économiques, et ceux qui sont liés à l'organisation. La substitution exige aussi, dans certains cas, la création de nouvelles catégories de main-d'œuvre professionnelle intermédiaire. Il n'est pas exclu également que l'étude de la répartition des tâches fasse ressortir l'inefficacité de certaines tâches courantes. La substitution des fonctions et du personnel, intimement liée à la définition des modes de distribution des soins, néces-

¹ Henry K. Silver, Loretta C. Ford et Lewis R. Day : « The Pediatric Nurse-Practitioner Program », *Journal of the American Medical Association*, avril 1968, vol. 204, N° 4, pp. 298-302.

site un mécanisme permanent d'évaluation des tâches et d'étude de la structure des professions. Nous reviendrons plus loin sur cet aspect, car ce mécanisme se situe dans le contexte plus large de la définition des besoins de main-d'œuvre.

b) Le progrès de la science médicale

1290. Tout progrès de la science médicale affecte considérablement les aspects techniques de la distribution des soins. La découverte d'un vaccin ou d'une méthode de prévention efficace entraîne la disparition ou réduit tout au moins la fréquence d'une maladie. Ainsi, en a-t-il été, dans le passé, du taux et de la gravité des maladies infectieuses et de la tuberculose. L'effet de ces progrès sur la consommation des soins et le recours aux ressources sanitaires est manifeste.

1291. La science médicale obtient encore d'autres succès dans le traitement de maladies jusqu'alors jugées inguérissables, et les cas les plus récents de transplantation d'organes modifient de façon spectaculaire la nature des traitements et accroissent le volume et la spécialisation des ressources nécessaires à leur distribution.

1292. Ces grandes découvertes à des intervalles de plus en plus rapprochés rendent inutiles les prévisions à moyen et à long terme sur une période de dix à vingt ans. Elles n'invalident toutefois pas la prévision à court terme; avant d'être utilisées sur une grande échelle, ces méthodes nouvelles de traitement passent par une phase d'expérimentation minimale. En deçà de cinq ans, par exemple, il est possible de prévoir une tendance dans l'application des grandes découvertes.

1293. Jusqu'ici, nous avons fait ressortir les déterminants des besoins de soins d'une population et les circonstances qui les traduisent en une demande effective. Nous avons également signalé les caractéristiques du cadre général de la distribution des soins et les déterminants des fonctions techniques de production. Toutes ces données justifient la demande de main-d'œuvre, en précisant les besoins réels selon le type de travailleurs et leur nombre à divers niveaux de rémunération. Mais on ne peut satisfaire la demande de main-d'œuvre qu'à la condition que les ressources humaines professionnelles nécessaires soient disponibles, autrement dit, qu'elles acceptent d'offrir leurs services pour la rémunération que le système leur offre. Quelles circonstances affectent la plus ou moins grande disponibilité de travailleurs ? C'est cet aspect du problème que nous considérerons maintenant.

3. — LA DISPONIBILITÉ DE LA MAIN-D'OEUVRE

1294. Dans le temps, la disponibilité de la main-d'œuvre est liée aux facteurs suivants :

1) la compétence actuelle des travailleurs de la santé selon leur formation, leur expérience, leur sexe, leur âge, leurs besoins de perfectionnement ou de complément de formation, leur participation au marché du travail, leur répartition et leur mobilité géographiques ainsi que leur productivité;

2) la possibilité d'offrir aux travailleurs des cours de perfectionnement, une formation complémentaire ou entièrement nouvelle, ou de former rapidement de nouveaux travailleurs; en général, la capacité d'adaptation des travailleurs à de nouvelles tâches à court et à long terme affecte sensiblement leur disponibilité;

3) l'attrait qu'exercent sur les travailleurs les professions de la santé comparativement aux autres secteurs de l'activité; ceci constitue en effet un atout important pour retenir des travailleurs dans un secteur donné. Les préférences individuelles mises à part, la concurrence des autres champs d'activité varie selon que la rémunération versée aux travailleurs de la santé tient compte des frais qu'entraînent la formation et les exigences du poste, par exemple les conditions de travail. Considérées globalement, les rémunérations versées à ces travailleurs sont directement liées aux ressources financières qu'une société attribue au secteur de la santé par rapport aux sommes qu'elle consacre aux autres secteurs;

4) les politiques adoptées par les organismes professionnels, qui déterminent les conditions à remplir pour obtenir le droit d'exercice, et par les centres de formation de la main-d'œuvre spécialisée, qui établissent les conditions d'admission, les normes de réussite aux examens, la taille des écoles et le contenu de leur programme, et en général le nombre de travailleurs compétents que le système d'enseignement produit en une période de temps;

5) les migrations des travailleurs de la santé. Dans la mesure où une région ou un pays attirent des travailleurs étrangers déjà formés et dans la mesure où les travailleurs déjà formés émigrent vers l'étranger, la disponibilité de la main-d'œuvre est affectée;

6) la mobilité interprofessionnelle et intraprofessionnelle. Dans la situation actuelle, la plupart des travailleurs de la santé n'accèdent pas à des professions exigeant une formation plus poussée, à moins

de reprendre tout le cycle des études qui y conduisent. Ainsi, une infirmière qui possède une vaste expérience et les qualités intellectuelles nécessaires, ne devient médecin qu'en reprenant tout le cycle des études de médecine. Il en est de même, d'ailleurs, des infirmières auxiliaires par rapport aux infirmières diplômées. La mobilité interprofessionnelle et intraprofessionnelle affecte donc grandement la disponibilité de la main-d'œuvre.

1295. Ces facteurs l'affectent en ce sens qu'ils déterminent les prix auxquels les divers types de travailleurs offrent leurs services. À un moment donné, des disparités apparaissent entre la demande et l'offre de travailleurs de la santé. Dans certains cas, une surabondance de travailleurs crée du chômage ou du moins entraîne une sous-utilisation de la main-d'œuvre. Par contre, des disponibilités inférieures aux exigences du marché entraînent des phénomènes de pénurie.

1296. Pour combattre ces disparités, des politiques adoptées par l'ensemble de la société prévoient un recyclage qui favorise la mobilité interprofessionnelle ou interindustrielle des travailleurs; d'autre part, pour faire face à ces pénuries, le secteur de la santé doit à la fois investir davantage dans la formation des effectifs et réorienter ses propres politiques de formation et d'utilisation de la main-d'œuvre.

1297. Ayant retracé l'ensemble des étapes nécessaires à la prévision des besoins de main-d'œuvre, y compris l'analyse de chacun des déterminants de la demande et de l'offre de soins, nous présentons maintenant les résultats d'une étude qui a porté essentiellement sur une seule de ces étapes : la projection de la demande de main-d'œuvre, ou le rapport entre le volume des soins et la demande de main-d'œuvre. Cette projection contient aussi l'analyse des facteurs démographiques et de l'incidence de la morbidité.

III. — LA PROJECTION DE LA DEMANDE DE MAIN-D'ŒUVRE

1298. Une première étape dans la prévision des besoins de main-d'œuvre consiste à projeter la demande d'effectifs. Quoique les résultats ainsi obtenus ne nous fournissent pas directement les critères d'évaluation des besoins, l'étape de la projection demeure essentielle. Il est impossible, en effet, de quantifier les effets des changements que nous proposons et qui touchent l'éventail et le volume des

soins, sans connaître au préalable la relation entre la demande d'effectifs et le volume des soins, compte tenu de leur nature.

1299. Nous l'avons vu précédemment, le volume des soins n'est qu'un des nombreux facteurs qui déterminent la demande de main-d'œuvre. Cette dernière se réfère au processus de production et suppose que l'on connaît bien (1°) la nature de la production ou des soins, (2°) le volume de production, (3°) les techniques, (4°) les installations, (5°) l'analyse des tâches, (6°) la répartition rationnelle du travail, (7°) les critères de sélection à l'embauche ainsi que (8°) les phénomènes d'adaptation aux prix relatifs des facteurs de production.

1300. La projection de la demande de main-d'œuvre isole la relation entre le volume des soins et la demande d'effectifs. Elle suppose stables la nature des soins et les techniques. Elle postule que la description des tâches et les critères de sélection répondent bien aux exigences des techniques. Elle présuppose enfin que la demande « effective », ou la substitution, répond bien aux exigences d'un critère d'efficacité et que les prix relatifs des facteurs de production seront constants. À partir de ces hypothèses, la projection de la demande de main-d'œuvre s'effectue à l'intérieur d'un schème qui fait intervenir uniquement les facteurs déterminant l'évolution du volume des soins. Comme nous l'avons déjà expliqué, ces facteurs concernent principalement la démographie et l'épidémiologie.

A. — LA MÉTHODOLOGIE

1301. Le modèle élaboré¹ s'applique uniquement au secteur hospitalier pour lequel on a obtenu les coefficients de main-d'œuvre. Pour la projection, on choisit les variables épidémiologiques retenues dans le modèle en vue de mesurer le nombre de journées d'hospitalisation en 1976², car nous supposons que l'incidence de la morbidité, par groupe de diagnostics, reste la même, au cours de la période, pour chaque groupe d'âge et chaque sexe³. Compte tenu des taux de morbidité hospitalière, selon le sexe et les groupes d'âge, on obtient le nombre de malades hospitalisés, dans l'hypothèse où le degré d'utilisation de l'hôpital reste le même, à partir de la répartition de la population selon le sexe et les groupes d'âge. Une hypothèse relative

¹ Voir l'annexe 8 de notre rapport, chapitre premier.

² Le modèle s'applique aux hôpitaux généraux seulement.

³ Par contre, on peut introduire dans le modèle conçu les effets produits sur le volume de main-d'œuvre par des changements survenant dans les taux de morbidité et la durée de séjour, à supposer qu'on ne modifie pas la structure même du personnel.

à la durée de séjour permet de passer du nombre de malades hospitalisés au nombre de journées d'hospitalisation. Les taux d'occupation interviennent à leur tour pour traduire le volume d'hospitalisation en nombre de lits nécessaires. La détermination du nombre de lits par catégories d'hôpitaux fixe la quantité et la structure du personnel nécessaire.

1302. De 1966 à 1976, la population du Québec s'accroîtra de 18 pour cent et nous avons vu de quelle façon la structure par âge et par sexe de la population en sera affectée. Dans l'hypothèse où le nombre d'admissions à l'hôpital pour 100,000 habitants reste le même, nous obtenons le nombre de personnes hospitalisées en 1976.

1303. En gardant constants le séjour moyen et le taux d'occupation des hôpitaux généraux, le nombre de lits additionnels nécessaires en 1976 pour maintenir l'offre de soins hospitaliers au niveau actuel sera au total de 4,243, ou de 18.14 pour cent plus élevé qu'en 1967. La structure des hôpitaux publics généraux selon le nombre de lits exprime la différence dans le type de soins offerts par les hôpitaux. On relie l'éventail des services, leur nature et le volume de leur activité au nombre de lits. Les disparités dans les soins donnés entraînent également des disparités dans le nombre de travailleurs pour 100 lits dans chaque catégorie d'hôpitaux.

1304. Le tableau X.8 indique les disparités entre le nombre de travailleurs à plein temps et à temps partiel pour 100 lits, selon les catégories d'hôpitaux. Le nombre total de personnes pour 100 lits augmente avec la taille des hôpitaux, de sorte que les hôpitaux de 500 lits et plus emploient 238 personnes pour 100 lits alors que ceux de 100 à 149 lits n'en emploient que 195 pour 100 lits. Le pourcentage du nombre d'heures de travail à temps partiel par rapport au nombre d'heures à plein temps est plus faible dans les grands hôpitaux.

1305. Les données disponibles permettent de calculer les coefficients de main-d'œuvre pour chaque catégorie d'hôpitaux sur la base du nombre de travailleurs pour 100 lits. Par l'application des coefficients de 1967 au nombre de lits prévus pour 1976, on obtient le nombre de travailleurs nécessaires en 1976. Le tableau X.9 indique le résultat de la projection pour certaines professions. Il est normal de constater que l'augmentation se stabilise autour de 18 pour cent, puisque les coefficients de main-d'œuvre et les catégories d'hôpitaux sont constants. Dans l'interprétation de ces projections, il faut se rappeler qu'on détermine la demande de main-d'œuvre uniquement et entièrement par les besoins de lits, d'une part, et la structure du

TABLEAU X.8

Nombre de travailleurs à plein temps et à temps partiel pour 100 lits dans les hôpitaux du Québec, suivant la taille de l'hôpital, en 1967

<i>Taille de l'hôpital</i>	<i>Total (1)</i>	<i>A plein temps (2)</i>	<i>A temps partiel (3) *</i>	<i>Rapport en % (3) / (2)</i>
Moins de 50 lits	153.42	133.51	19.91	14.91
50 - 99	195.74	169.11	26.63	15.74
100 - 149	194.90	177.60	17.30	9.74
150 - 199	183.09	167.26	15.83	9.46
200 - 299	218.52	206.85	11.67	5.64
300 - 499	238.19	218.99	19.20	8.76
500 et plus	249.21	236.36	12.85	5.43

Source : Tableau tiré de l'annexe 8 de notre rapport.

* Le nombre de travailleurs à temps partiel a été ramené sur une base de plein temps, en estimant à 1,850 heures le nombre d'heures de travail accomplies durant l'année.

TABLEAU X.9

**Personnel (catégories les plus importantes) des hôpitaux du Québec en 1967
et estimations pour 1976 ***

	1967	1976	% d'augmentation
Direction et assistants de la direction **	1,327	1,559	17.5
Personnel infirmier ***.	13,126	15,532	18.3
Auxiliaires en soins infirmiers . .	5,662	6,677	17.9
Aides-infirmières	5,276	6,234	18.2
Puéricultrices	2,299	2,712	18.0
Techniciens en biologie médicale .	1,581	1,876	18.7
Techniciens en radiologie	965	1,143	18.4
Autres techniciens	270	322	19.3
Aides-techniciens	2,064	2,445	18.5
Travailleurs sociaux	168	200	19.0
Psychologues	68	82	20.6
Physiothérapeutes	206	246	19.4
Ergothérapeutes	38	45	18.4
Pharmaciens	218	259	18.8
Médecins biologistes	79	94	19.0
Bactériologistes	24	28	16.7
Biochimistes	47	56	19.1
Hématologistes	33	40	21.2

Source : Tableau tiré de l'annexe 8 de notre rapport.

* Calculs effectués sur la base des heures travaillées.

** Sauf pour les unités de soins infirmiers.

*** Comprend la direction et les assistants de la direction dans les unités de soins infirmiers.

système hospitalier, d'autre part. Comme le démontre le tableau X.9, les pourcentages d'augmentation varient substantiellement selon les catégories d'hôpitaux.

B. — LES HYPOTHÈSES

1306. Les résultats donnés ci-dessus se rapportent à la demande de main-d'œuvre hospitalière dans le contexte où la situation actuelle, qui définit le volume et la structure des soins hospitaliers, se maintient jusqu'en 1976.

1307. Déjà, une analyse des tendances passées et futures de l'incidence des différentes maladies permet de corriger les taux de morbidité hospitalière et de mesurer de façon plus exacte le nombre de malades qu'on peut ou doit hospitaliser. De plus, les changements dans les modes de distribution des soins, qui offrent la possibilité d'expertises médicales poussées en dehors de l'hôpital, doivent provoquer la diminution du nombre de malades hospitalisés. Les programmes de soins orientés vers le dépistage précoce et la prévention influenceront également les taux d'utilisation de l'hôpital.

1308. L'analyse des tendances passées et futures de la morbidité et de l'effet des changements structurels sur l'utilisation du personnel dépasse le cadre de la projection des effectifs. Par contre, une évaluation des véritables besoins de main-d'œuvre n'est pas possible sans introduire la dimension de ces changements.

1. — LE SÉJOUR

1309. Le modèle de projection formule l'hypothèse d'un séjour constant. On relie le séjour directement aux variables qui déterminent l'hospitalisation. Il y a effectivement une corrélation très étroite entre le diagnostic et le séjour. La Direction générale de l'assurance-hospitalisation a défini des normes de séjour, à des fins budgétaires, dans le cas de certains diagnostics, par exemple : accouchement sans complications, hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes. Le diagnostic de sortie laisse, par contre, dans l'ombre plusieurs variables qui influencent le séjour. Nous observons par exemple que, pour le même diagnostic, le séjour varie d'un groupe d'âge à l'autre, et de plus, suivant que le malade a été opéré ou non, qu'il est décédé à l'hôpital ou non. Comme le diagnostic de sortie n'est en fait que le diagnostic principal, il est évident que les diagnostics dits secondaires influencent également le séjour.

1310. Il suffit de souligner que le fait d'augmenter, en 1966, le séjour moyen pour l'ensemble des malades de 12.1 à 13.1 jours aurait impliqué, pour la même année, et à un taux d'occupation constant, l'utilisation de 2,500 lits additionnels; par contre, une réduction du séjour moyen à 11.1 jours aurait libéré, la même année, l'équivalent de 2,500 lits. Ceci met en évidence l'effet du séjour sur le volume des soins hospitaliers. Si le séjour est influencé surtout par l'état de santé du malade, mentionnons que les installations hospitalières se spécialisent de plus en plus, de sorte que les techniques deviennent un facteur important dans la détermination du séjour.

2. — LES COEFFICIENTS DE MAIN-D'OEUVRE CONSTANTS

1311. Les coefficients de main-d'œuvre, définis comme le nombre de travailleurs pour 100 lits dans chaque catégorie d'hôpitaux généraux selon leur taille, reflètent exactement les fonctions actuelles des hôpitaux et les caractéristiques de leurs techniques de production¹. Ainsi, tout changement dans la structure du système hospitalier — hôpitaux généraux, psychiatriques ou pour chroniques et nombre de lits — que n'accompagne pas un important changement dans les fonctions de ces établissements, a des effets sur le volume et la composition du personnel nécessaire, que le modèle de projection mesure. Par contre, on évalue beaucoup plus difficilement les effets d'un changement important dans la fonction des hôpitaux d'une taille et d'une catégorie données.

IV. — LA PRÉVISION

1312. L'instrument utilisé pour la projection de la demande de main-d'œuvre hospitalière ne prévoit pas directement la demande d'effectifs qui découle d'un changement dans les hypothèses posées, ni encore moins d'une transformation de la structure du système de distribution des soins.

1313. Toutefois, on peut incorporer dans le modèle de projection de la demande de main-d'œuvre hospitalière, tout changement dont l'effet influence le nombre de lits nécessaires, au total ou par catégorie d'hôpitaux, ou dont on peut estimer l'effet sur l'incidence du taux d'utilisation des hôpitaux par diagnostic. À titre d'illustration, nous présentons l'effet, sur le volume de la main-d'œuvre hospitalière, de certains changements proposés au sein du régime de la santé.

¹ Le modèle de projection repose de plus sur l'hypothèse d'une efficacité maximale des hôpitaux.

A. — LE CHANGEMENT DANS LA STRUCTURE DU SYSTÈME HOSPITALIER

1314. Dans un chapitre précédent ¹, nous recommandons que les hôpitaux de petite taille s'intègrent peu à peu aux CCS qui deviendront des hôpitaux de 300 à 500 lits. Cela signifie que les établissements de 300 lits et plus assumeront les fonctions actuelles de ceux de moins de 300 lits. On suppose de plus que le taux moyen d'occupation des hôpitaux, de 81.9 pour cent en 1967, passera à 85 pour cent, taux moyen observé en 1967 dans les hôpitaux de 300 lits et plus.

1315. La disparition des établissements de moins de 300 lits et le relèvement des taux d'occupation entraînent une diminution de 1,377 lits par rapport à la projection initiale, c'est-à-dire un rapport de 4.6 lits pour 1,000 habitants en 1976. Toutefois, étant donné la variation des coefficients de main-d'œuvre dans les hôpitaux de moins de 300 lits d'une part, et de plus de 300 lits d'autre part, ce changement dans la structure des hôpitaux, toutes choses étant égales, augmente la demande d'effectifs de 4,106 personnes ² (tableau X.10).

B. — LE CHANGEMENT DANS LES TAUX D'UTILISATION DES HÔPITAUX

1316. Les changements proposés au niveau de la structure des établissements résultent du postulat que l'hôpital est un établissement à vocation spécialisée, et qu'on diminue la fréquence de l'utilisation des lits hospitaliers par suite du développement des services extra-hospitaliers. Parallèlement aux changements dans la structure des hôpitaux, il faut donc estimer les effets d'une baisse dans le taux d'hospitalisation. Nous avons d'abord simulé ces effets sur la structure observée en 1967, par rapport au nombre de lits et aux effectifs hospitaliers.

1317. Pour ce faire, il est nécessaire de spécifier ces hypothèses de base. Nous posons donc (1°) qu'on peut réduire le taux d'utilisation des hôpitaux pour malades aigus à 100 pour 1,000 habitants, tandis que le taux d'utilisation des hôpitaux pour malades chroniques est de 2.3 pour 1,000; (2°) que les séjours moyens dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux pour convalescents sont ceux de 1967; (3°) que les taux d'occupation des lits sont de 85 et de 90 pour cent dans le cas des lits de malade aigu et des lits de malade chronique respectivement; (4°) enfin, qu'on regroupe les lits nécessaires, de malade

¹ Voir le chapitre V du présent volume : « Le régime de la santé ».

² Voir l'annexe 8 de notre rapport, chapitre premier.

TABLEAU X.10

Estimation * du personnel nécessaire (catégories les plus importantes) en 1976 dans les hôpitaux du Québec de 100 à 300 lits et de 300 lits et plus

	1976			
	<i>Hôpitaux de 100 lits et plus</i>		<i>Hôpitaux de 300 lits et plus</i>	
	N	% **	N	% **
Direction et assistants de la direction ***	1,451	9.3	1,131	-14.8
Personnel infirmier ****	15,366	17.1	16,725	27.4
Auxiliaires en soins infirmiers	6,436	13.7	5,590	-1.3
Aides-infirmières	6,000	13.7	6,138	16.3
Puéricultrices	2,632	11.4	2,329	1.3
Techniciens en biologie médicale	1,889	19.5	2,343	48.2
Techniciens en radiologie	1,134	17.5	1,282	32.8
Autres techniciens	336	24.4	524	94.1
Travailleurs sociaux	209	24.4	329	95.8
Psychologues	86	26.5	137	101.5
Physiothérapeutes	256	24.2	360	74.8
Ergothérapeutes	47	23.7	73	92.1
Pharmaciens	263	20.6	298	36.7
Médecins biologistes	96	21.5	79	0.0
Bactériologistes	29	20.8	37	54.1
Biochimistes	58	23.4	68	44.7
Hématologistes	41	24.2	67	103.0
Archivistes médicaux	182	14.4	184	15.7
Diététiciennes	218	21.1	292	62.2

Source : Tableau tiré de l'annexe 8 de notre rapport.

* Calculs effectués sur la base des heures de travail.

** Pourcentage d'augmentation par rapport à 1967.

*** Sauf pour les unités de soins infirmiers.

**** Comprend la direction et les assistants de la direction dans les unités de soins infirmiers.

aigu et de malade chronique, pour répondre à cette demande de soins, dans des CCS d'environ 400 lits, sauf pour quatre centres plus importants dont la taille atteint 1,000 lits.

1318. À partir de ces hypothèses, nous estimons que les nombres de lits pour malades aigus et malades chroniques sont respectivement de 18,633 et de 5,780 en 1967, au lieu de 27,906 et 4,744. L'application aux CCS des coefficients de main-d'œuvre de 1967, dans la catégorie des hôpitaux publics généraux de 300 à 499 lits, et aux CHU des coefficients de main-d'œuvre des hôpitaux de 1,000 lits et plus, donne comme résultat des effectifs de 48,621 personnes dans les CCS et de 10,342 personnes dans les CHU pour un total de 58,963 personnes. On compare ces chiffres au total de 82,623 employés, dont 75,468 étaient à plein temps en 1967 dans les hôpitaux publics généraux, les hôpitaux pour malades chroniques et les autres hôpitaux ¹.

1319. La comparaison de ces besoins exprimés sur une base de plein temps avec les disponibilités de 1967 montre qu'on aurait pu réduire le personnel du secteur public de 16,505 personnes à plein temps et de 7,155 personnes à temps partiel. Ceci représente une diminution de 22 pour cent du personnel à plein temps et de 100 pour cent du personnel à temps partiel. Ces hypothèses, si elles restent valables pour 1976, déterminent 21,966 lits pour malades aigus plutôt que les 32,896 projetés, soit 28 pour cent de moins.

1320. La résorption de l'emploi dans le secteur hospitalier sera-t-elle entièrement compensée par les besoins nouveaux d'effectifs en milieu extra-hospitalier ? Dans un chapitre subséquent portant sur l'instauration du régime de la santé, nous discutons des implications possibles de l'établissement des CLS sur le volume de consommation des soins médicaux. De plus, nous formulons, à titre d'illustration seulement, des suggestions relatives à la composition initiale des équipes de la santé. Mais fondée essentiellement sur les concepts de travail d'équipe et de substitution dans les fonctions, la formation de ces équipes est susceptible d'évoluer rapidement. Elle ne sert pas de base à une prévision des besoins à moyen terme, mais souligne

¹ Ces données proviennent du Bureau fédéral de la statistique et ne comprennent pas, tout comme le modèle de prévision, celles des hôpitaux psychiatriques et des hôpitaux fédéraux ou privés. Comme le nombre de 82,623 personnes réunit les travailleurs à plein temps et que les besoins en effectifs des CCS et des CHU sont exprimés sur la base des heures de travail, il faut répartir ce nombre entre le personnel à plein temps et à temps partiel. En prenant le partage de 1966, où 91.34 pour cent du personnel est à plein temps et 8.66 à temps partiel, ces chiffres donnent, pour les hôpitaux généraux et les hôpitaux pour malades chroniques et autres, en 1967, 75,468 personnes à plein temps et 7,155 à temps partiel.

tout au plus la nécessité d'une réévaluation constante des besoins de main-d'œuvre.

1321. Afin que le régime de la santé assume pleinement cette responsabilité d'étude, nous suggérons que le ministère de la Santé se dote d'un mécanisme permanent d'évaluation des besoins de main-d'œuvre. À cette fin, il doit prévoir, au sein de la Direction générale de la planification et de la recherche, un service de la main-d'œuvre. Ce service technique de prévision des besoins doit s'assurer la collaboration, de façon permanente, des milieux en cause : ORS, centres de santé, ministère de la Main-d'œuvre, etc.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

4.X.184. QUE le ministère de la Santé se dote d'un mécanisme permanent d'évaluation des besoins de main-d'œuvre.

4.X.185. QUE l'évaluation des besoins de main-d'œuvre porte tout particulièrement sur l'analyse des tâches et la structure des professions aussi bien en milieu extra-hospitalier qu'en milieu hospitalier.

4.X.186. QUE la fonction d'évaluation des tâches soit bien distincte de la fonction de définition des normes de qualité des soins.

4.X.187. QUE le service technique de prévision des besoins de main-d'œuvre soit rattaché à la Direction générale de la planification et de la recherche.

4.X.188. QUE le service s'assure la collaboration, de façon permanente, des milieux intéressés : ORS, centres de santé, ministère de la Main-d'œuvre, etc.

XI

L'enseignement des sciences de la santé

L'enseignement des sciences de la santé

INTRODUCTION

1322. Dans les chapitres précédents, la Commission propose un régime qui répond à l'importance et à la nature des besoins de santé de la population. Pour le mettre en application, il faut (1°) des professionnels de la santé plus nombreux et mieux préparés; (2°) des effectifs auxiliaires plus compétents.

1323. L'accès aux soins, la qualité des soins et l'efficacité du système de distribution sont des objectifs réalisables, dans la mesure où les professions de la santé collaborent à l'organisation de l'enseignement théorique et pratique et de l'enseignement continu à tous les niveaux d'études.

1324. La rationalisation du système d'enseignement au Québec, depuis la publication du Rapport de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement¹, doit s'étendre progressivement au domaine de la santé. En relation étroite avec le marché du travail, l'enseignement des sciences de la santé se donnera à des niveaux d'études distincts, cohérents et clairement définis, dans les écoles polyvalentes, dans les CEGEP et à l'université.

1325. La Commission s'inspire, dans ce chapitre, de l'esprit du Rapport Parent, dont elle s'efforce de respecter les principes fondamentaux.

1326. Il ne lui échappe pas que certains aspects de la formation des diverses professions de la santé sont absents du présent chapitre. Elle en a exposé quelques-uns dans son rapport de juillet 1967 sur les médecins internes et résidents². D'autre part, au cours des travaux de la Commission, le gouvernement, sur la proposition des ministres de la Santé et de l'Éducation, a formé un comité d'étude des professions auxiliaires de la santé dont on retrouve le mandat en appendice³. La Commission omet donc certains sujets du mandat du comité d'étude, afin d'éviter le double emploi.

¹ *Rapport de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec.*

² *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, volume II, Les médecins internes et résidents.*

³ Voir l'appendice XI.1 du présent chapitre : *Arrêté en conseil N° 2624 du 14 août 1968 concernant la formation d'un comité d'étude des professions auxiliaires de la santé, (reproduction).*

1327. Au Québec, la formation du personnel de la santé fait face actuellement à des problèmes de cohérence et de coordination. Il suffit, pour s'en convaincre, d'énumérer les catégories de travailleurs, les genres d'enseignement et les niveaux d'études. Pour corriger cette situation, la Commission propose un système d'enseignement visant essentiellement :

- à identifier clairement et à agencer les niveaux d'études — secondaire, secondaire supérieur et universitaire — pour chaque catégorie de travailleurs;
- à assurer à l'étudiant une formation scientifique qui lui permette de s'adapter rapidement aux changements sociologiques et technologiques;
- à offrir aux élèves une orientation progressive et adaptée à leurs aptitudes et à leur personnalité;
- à permettre une coordination verticale et horizontale de l'enseignement;
- à préparer les élèves à un travail qui réponde aux besoins de la société;
- à éviter toute prolongation des études qui ne soit pas essentielle à l'exercice de la profession.

1328. Le présent chapitre comporte quatre parties. La première aborde les niveaux d'études; la seconde traite de la nécessité de l'enseignement continu et de ses diverses modalités; la troisième pose certains principes applicables aux professeurs et aux étudiants qui, somme toute, constituent la raison d'être de tout le système d'enseignement; la quatrième, enfin, détermine les centres d'enseignement et, plus particulièrement, définit le rôle de chacun.

I. — LES NIVEAUX D'ÉTUDES

1329. Les effectifs de la santé comprennent toutes les personnes nécessaires au fonctionnement du système de distribution des soins dans les CLS, les CCS et les CHU. L'enseignement, selon qu'il s'adresse au personnel de soutien, aux techniciens ou aux professionnels, se donne à trois niveaux : le niveau secondaire dans les écoles polyvalentes, le niveau secondaire supérieur dans les CEGEP et le niveau supérieur à l'université.

A. — L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE (ÉCOLES POLYVALENTES)

1330. La plupart des travailleurs affectés aux services de soutien prévus dans les centres de santé seront formés au niveau secondaire. Même s'ils n'entrent pas directement en contact avec les malades en tant que tels, ces travailleurs sont indispensables : préposés à l'entretien ménager et aux cuisines, électriciens, plombiers et autres.

1331. Il existe cependant, à ce niveau, un type particulier de travailleurs orientés de façon précise vers la distribution des soins : c'est le personnel infirmier auxiliaire¹. Jusqu'à maintenant, ce personnel infirmier reçoit sa formation dans les écoles hospitalières non intégrées au système scolaire public, en vue de répondre à des besoins particuliers à l'hôpital. On exige de la candidate à l'admission qu'elle ait terminé une huitième ou une dixième année de scolarité. Le mémoire de l'Association des infirmières de la province de Québec² signale la prolifération des écoles d'infirmières auxiliaires du Québec, écoles où le contenu et la durée des programmes d'études varient considérablement d'un hôpital à l'autre.

1332. De l'avis de la Commission, ce personnel auxiliaire est nécessaire au bon fonctionnement de l'équipe des centres de santé, que ce soit pour les convalescents, les malades sur pied et les malades chroniques; cependant elle considère qu'il faut en uniformiser la formation et la confier aux écoles polyvalentes. Le centre de santé ne se substitue pas à l'école polyvalente pour la formation de ce personnel, mais collabore simplement à l'organisation de l'enseignement pratique en invitant les élèves à y faire des stages.

1333. La Commission est aussi d'avis qu'un programme unique d'enseignement pour tout le Québec à l'intention d'une seule catégorie d'auxiliaires évite la prolifération de sous-catégories de personnel en soins infirmiers. Il appartient à la Direction générale de l'enseignement élémentaire et secondaire de préparer, à l'intention des élèves en soins infirmiers au niveau secondaire, un programme d'études qui comporte des matières de culture générale et des matières préparatoires à l'entrée sur le marché du travail. Les auxiliaires comprennent toutes les catégories actuellement existantes, y compris les péricultrices, les gardes-bébés et les infirmières auxiliaires.

¹ Rappelons que la Commission retient trois types d'infirmières : les infirmières auxiliaires de niveau secondaire, les infirmières soignantes de niveau secondaire supérieur et les infirmières cliniciennes de niveau universitaire.

² Association des infirmières de la province de Québec : *Mémoire à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, janvier 1969, p. 47.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

4.XI.189. *QUE le ministère de la Santé ne reconnaisse qu'une seule catégorie d'auxiliaires en soins infirmiers et que celles-ci reçoivent leur formation dans les écoles polyvalentes.*

4.XI.190. *QUE le ministère de l'Éducation établisse les programmes d'études à l'intention des auxiliaires en soins infirmiers.*

B. — L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE SUPÉRIEUR (CEGEP)

1334. Le CEGEP tend à parfaire la formation générale de ses élèves au moyen de certaines disciplines de synthèse comme les lettres et la philosophie; il doit de plus les préparer aux études universitaires ou aux professions de niveau technique ¹.

1335. Ce niveau d'études établit une liaison organique entre l'enseignement secondaire et l'enseignement universitaire et est destiné aux élèves de 17 à 19 ans.

1336. L'enseignement préuniversitaire et professionnel a pour objectifs d'assurer au plus grand nombre d'élèves doués, la possibilité d'études plus longues et de meilleure qualité; de cultiver chez eux un intérêt et une motivation qui diminuent les échecs et les abandons prématurés; de favoriser une meilleure orientation selon leurs goûts et leurs aptitudes; de hausser le niveau des études préuniversitaires et des études professionnelles; d'uniformiser le passage des études secondaires aux études supérieures et de mieux préparer les élèves à entrer à l'université ².

1337. Au cours des dernières années, trop peu d'élèves ont choisi les options professionnelles des CEGEP. Nous croyons que, dans le domaine de la santé, des possibilités immenses s'offrent aux élèves de ce niveau : une meilleure information et une revalorisation de l'enseignement professionnel s'imposent si l'on veut augmenter le nombre d'inscriptions.

1. — LES PROGRAMMES D'ÉTUDES ACTUELS

1338. Réunir à l'intérieur des CEGEP différentes techniques de la santé présente plusieurs avantages : assurer une formation

¹ Voir à ce sujet le *Rapport de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec*, vol. II, pp. 164-165.

² *Ibid.*, p. 162.

selon des normes établies pour tout le Québec, donner un enseignement de qualité dans un milieu culturellement riche et permettre la réorientation des élèves avec un minimum de rattrapage. Ce groupement des techniques permet au réseau des CEGEP d'offrir les programmes suivants : techniques infirmières, techniques de biologie médicale et de radiologie incluant radiodiagnostic, radiothérapie et radio-isotopes, techniques dentaires, archives médicales et inhalothérapie (tableau XI.1).

1339. Jusqu'en 1967, on forme les infirmières soignantes exclusivement dans les écoles des milieux hospitaliers. À l'occasion de la réforme du système d'enseignement, le ministère de l'Éducation offre une option en techniques infirmières dans trois CEGEP en 1967, dix-sept en 1968 et vingt en 1969. D'après les statistiques obtenues de l'Association des infirmières et infirmiers de la province de Québec en janvier 1970, il y a 3,854 élèves en techniques infirmières dans les écoles des hôpitaux et 3,496 dans les CEGEP.

TABLEAU XI.1

Liste des programmes de formation professionnelle des CEGEP*

I — TECHNIQUES DE BIOLOGIE MÉDICALE

Techniques dentaires	Radio-isotopes
Techniques de biologie médicale	Radiothérapie
Techniques d'inhalothérapie	Animalerie
Radiodiagnostic	Techniques infirmières

II — TECHNIQUES PHYSIQUES

III — TECHNIQUES HUMAINES

Rééducation de l'enfance inadaptée
Rééducation de la déficience mentale
Assistance sociale
Bibliotechnique

IV — TECHNIQUES ADMINISTRATIVES

Marketing	Production
Personnel	Archives médicales
Finance	Informatique

V — ARTS APPLIQUÉS

Source : Hebdo-éducation, 28 octobre 1969, vol. 6, N° 14, p. 4.

* Ces programmes sont ceux de l'année scolaire 1969-70.

1340. Ce transfert de l'enseignement infirmier des hôpitaux aux CEGEP s'appuie sur les principes mêmes du Rapport Parent; il se justifie par l'amélioration de la qualité de l'enseignement de base, l'orientation progressive de l'élève et la possibilité d'une réorientation avec un minimum de rattrapage.

1341. La critique la plus sérieuse de ce nouveau système porte sur l'éloignement des élèves du milieu hospitalier où ils auront à exercer, mais elle ne résiste pas à l'examen. Le programme du ministère de l'Éducation consacre une année complète sur trois à des stages en milieu hospitalier. La résistance au changement et la perte d'un personnel que l'hôpital affecte à des tâches sans doute nécessaires nous semblent les principales raisons de certaines oppositions.

1342. La Commission est d'avis de transférer aux CEGEP toutes les écoles d'infirmières de ce niveau qui subsistent encore dans les hôpitaux. Cette politique nouvelle dégagera les hôpitaux d'une charge onéreuse et compliquée. De nombreuses études effectuées aux États-Unis démontrent déjà les avantages et l'importance de confier au système général l'enseignement des techniques infirmières¹.

1343. Au point de vue de l'enseignement dentaire, les CEGEP offrent seulement les techniques dentaires et en 1969, un seul dispense un programme qui prépare le futur technicien à remplir les ordonnances des dentistes ou des médecins. Les techniciens dentaires effectuent leur travail à la demande expresse des dentistes pour qui ils fabriquent, moyennant honoraires, les prothèses dentaires². Il n'existe cependant aucun programme d'études pour la formation d'auxiliaires dentaires.

2. — LES NOUVEAUX PROGRAMMES

1344. La Direction de l'enseignement secondaire supérieur du ministère de l'Éducation doit maintenir un équilibre entre les besoins de nouveaux programmes d'études et une prolifération inutile et incontrôlée de ceux-ci, évitant ainsi les excès dans un sens comme dans l'autre. À la lumière de ce principe, la Commission estime qu'il faut élaborer certains programmes le plus tôt possible.

¹ Ann Kibrick : « Why Collegiate Programs for Nurses ? », *The New England Journal of Medicine*, avril 1968, vol. 278, N° 14, pp. 765-772.

² Voir à ce sujet l'annexe 4 de notre rapport.

a) La réadaptation fonctionnelle

1345. Jusqu'à maintenant, la Direction générale de l'enseignement secondaire supérieur n'a prévu aucun programme dans les CEGEP pour les physiothérapeutes, les ergothérapeutes ou les orthophonistes audiologistes. Trois écoles officielles existent actuellement aux universités Laval, McGill et de Montréal, et toutes trois sont placées sous l'égide d'une faculté de médecine. Comme il s'agit là d'un enseignement professionnel et technique, la Commission considère qu'il relève avant tout du niveau secondaire supérieur.

1346. La Commission croit qu'aux programmes de niveau universitaire doivent s'ajouter des programmes d'études à élaborer et à mettre en application sans retard dans les CEGEP. Une collaboration étroite avec les écoles existantes au niveau universitaire nous apparaît essentielle pour assurer la qualité de ces programmes d'études et la formation d'un personnel compétent.

b) Les auxiliaires dentaires

1347. Les dentistes augmentent considérablement leur efficacité lorsqu'ils travaillent en équipe avec des auxiliaires. L'Association dentaire du Canada démontre qu'il y a une relation directe entre le nombre d'auxiliaires que s'adjoint un dentiste et le nombre de clients qu'il peut desservir¹. Au Québec, en 1967, il n'y a que 990 auxiliaires assistant à plein temps des dentistes, comparativement à 2,400 en Ontario².

1348. La Commission est d'avis que la Direction générale de l'enseignement secondaire supérieur doit élaborer un programme d'études pour la formation, au sein des CEGEP, d'auxiliaires dentaires qui effectueront les tâches des hygiénistes dentaires et des assistants dentaires, ainsi qu'une partie de celles des dentistes eux-mêmes, au sein d'équipes formées à cette fin.

c) Les opticiens d'ordonnance

1349. La formation des opticiens d'ordonnance³ illustre un autre type d'enseignement à incorporer au système général. La Commission est convaincue que les écoles indépendantes ou qui relèvent

¹ Canadian Dental Association : *Survey of dental practice, 1963*, Bureau of Economic Research, Toronto, p. 80.

² Department of National Health and Welfare : *Health Manpower Inventory*, Ottawa, 1969, p. 1.

³ Le Québec compte, au début de mai 1970, 251 opticiens d'ordonnance, soit environ un pour 23,850 personnes (renseignement obtenu de la Corporation des opticiens d'ordonnance de la province de Québec).

d'une corporation professionnelle ne peuvent répondre aux normes d'enseignement en vigueur dans les CEGEP et qu'elles doivent s'intégrer au système d'enseignement de ce niveau. La Direction de l'enseignement secondaire supérieur doit organiser des programmes d'études pour les opticiens d'ordonnance et les offrir dans les CEGEP selon les besoins du marché du travail.

d) Les inspecteurs sanitaires

1350. Les inspecteurs sanitaires assurent la salubrité du milieu, des aliments et des produits, par divers types d'inspection. La Commission recommande qu'on élabore et mette en place le plus tôt possible un programme d'études en vue de répondre aux besoins de ce secteur et elle suggère que cette option fasse partie des techniques administratives, avec des cours appropriés.

1351. La Commission est consciente qu'il existe d'autres types de travailleurs de la santé dont la formation relève du niveau secondaire supérieur. Elle les a volontairement ignorés ici parce que le Comité d'étude des professions auxiliaires de la santé doit remettre sous peu son rapport au ministère de la Santé. Il appartient à la Direction générale de l'enseignement secondaire supérieur d'élaborer les programmes d'études jugés nécessaires pour répondre aux besoins du régime de la santé. Les CEGEP offrent aussi des programmes pour la formation de travailleurs techniques non identifiés au secteur de la santé, tels que secrétaires et techniciens en informatique et en électronique. Un domaine nous apparaît particulièrement important, celui des administrateurs.

3. — LES TECHNIQUES ADMINISTRATIVES

1352. Faut-il rappeler l'importance de former des préposés aux tâches administratives de la santé ? Les multiples fonctions des centres de santé exigent un nombre proportionnel d'administrateurs compétents. Les professionnels de la santé doivent se réserver aux fonctions et aux tâches pour lesquelles ils se sont formés. Trop souvent, on a tendance à leur confier des besognes administratives qui les éloignent de leur rôle propre et pour lesquelles ils ne sont aucunement préparés. C'est particulièrement le cas des infirmières dans les services hospitaliers.

1353. La Commission est d'avis qu'à l'intérieur des programmes de techniques administratives, les CEGEP doivent offrir des cours à options qui permettent aux élèves qui s'orientent vers

le secteur de la santé de se familiariser avec ces problèmes. On peut même prévoir l'organisation de stages dans les centres de santé.

4. — LES STAGES

1354. La formation professionnelle technique du secteur de la santé requiert des stages dans les centres de santé. Il est évident que l'infirmière doit entrer en contact avec les malades, le technicien en radiologie manipuler des appareils en leur présence et le physiothérapeute apprendre à appliquer sur eux sa technique. Si la maîtrise d'une technique s'acquiert en laboratoire, la responsabilité professionnelle ne s'exerce qu'en présence de problèmes concrets vécus dans des centres de santé.

1355. Ces stages impliquent des relations réelles entre le CEGEP et les centres de santé à vocation d'enseignement, autant pour la préparation des programmes d'enseignement pratique, le choix des professeurs et la participation au comité d'enseignement, que pour l'évaluation des stages. Nous avons décrit ces relations dans un chapitre précédent¹.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

- 4.XI.191. *QUE l'enseignement infirmier devienne la responsabilité des CEGEP et du ministère de l'Éducation.*
- 4.XI.192. *QUE la direction générale de l'enseignement secondaire supérieur élabore, en plus des programmes d'études en cours, des programmes pour la formation des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes audiologistes, des auxiliaires dentaires, des opticiens d'ordonnance et des inspecteurs sanitaires.*
- 4.XI.193. *QUE des nouveaux programmes d'études soient élaborés et mis en application par le ministère de l'Éducation selon les besoins du marché du travail.*
- 4.XI.194. *QUE des relations réelles s'établissent entre les CEGEP, les universités, les ORS et les centres de santé à vocation d'enseignement en ce qui concerne les stages de formation professionnelle technique.*

¹ Voir le chapitre VI du présent volume : « L'organisation du régime de la santé ».

C. — L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR OU UNIVERSITAIRE

1356. L'université, groupement dynamique de professeurs, de chercheurs et d'étudiants, a la responsabilité d'indiquer les forces et les faiblesses d'une société, de formuler des solutions à ses problèmes, de transmettre et de diffuser la connaissance acquise et d'orienter la recherche en vue de l'épanouissement de l'homme¹.

1357. Dans le domaine de la santé, le rôle de l'université est primordial. Depuis le rapport Flexner en 1910, les facultés de médecine de l'Amérique du Nord mettent l'accent sur le développement de la recherche médicale et orientent l'enseignement en ce sens. De plus en plus, on reconnaît la fonction et les responsabilités sociales de l'université; dans les sciences de la santé, l'université doit donc porter plus d'attention aux modes de distribution des soins et entraîner ses étudiants à donner des soins de qualité de façon efficace. Dans plusieurs milieux nord-américains, on estime que l'université est responsable, en plus de son rôle traditionnel d'accroissement des connaissances par la recherche, de la création des modèles de distribution des soins.

1358. En conséquence, les facultés des sciences de la santé doivent prendre conscience de la nécessité de former des professionnels en plus grand nombre et de les mieux préparer à toute demande de soins. Elles doivent encore s'efforcer de compléter la formation du personnel en exercice afin qu'il remplisse toutes les tâches essentielles.

1359. La conséquence directe de cette conscience plus aiguë qu'ont les universités des besoins de la société se traduit dans le développement à travers les États-Unis et le Canada, depuis une dizaine d'années, de facultés de sciences de la santé qui forment non seulement des médecins mais tous les professionnels de la santé de niveau universitaire. Au Québec, voici les objectifs des facultés des sciences de la santé :

- a) assurer la formation supérieure de tous les professionnels de la santé selon les normes définies dans l'enseignement universitaire;
- b) favoriser les échanges entre les diverses disciplines de la santé et créer des équipes intégrées;

¹ Lowell T. Coggeshall : *Planning for Medical Progress through Education*, Association of American Medical Colleges, Evanston, Ill., 1965.

- c) effectuer la recherche qui favorisera l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé;
- d) étudier la distribution des soins, découvrir les moyens d'en améliorer l'efficacité et de les rendre accessibles à toute la population;
- e) établir des programmes d'enseignement continu et organiser des cours de mise à jour et de perfectionnement.

1360. Le développement de facultés des sciences de la santé traduit l'urgent besoin de former des professionnels de la santé aptes à mieux répondre à la demande de soins. L'enseignement doit modifier les attitudes et le comportement des divers types de professionnels et les faire évoluer au rythme des changements sociologiques tout aussi rapides et profonds que les changements technologiques. L'enseignement universitaire québécois s'oriente vers la création de trois paliers qui conduisent successivement au baccalauréat, à la maîtrise et au doctorat ou, en d'autres termes, qui correspondent au premier, au deuxième et troisième cycles des études universitaires (schéma XI.1).

1. — LE PREMIER CYCLE UNIVERSITAIRE

a) Les objectifs

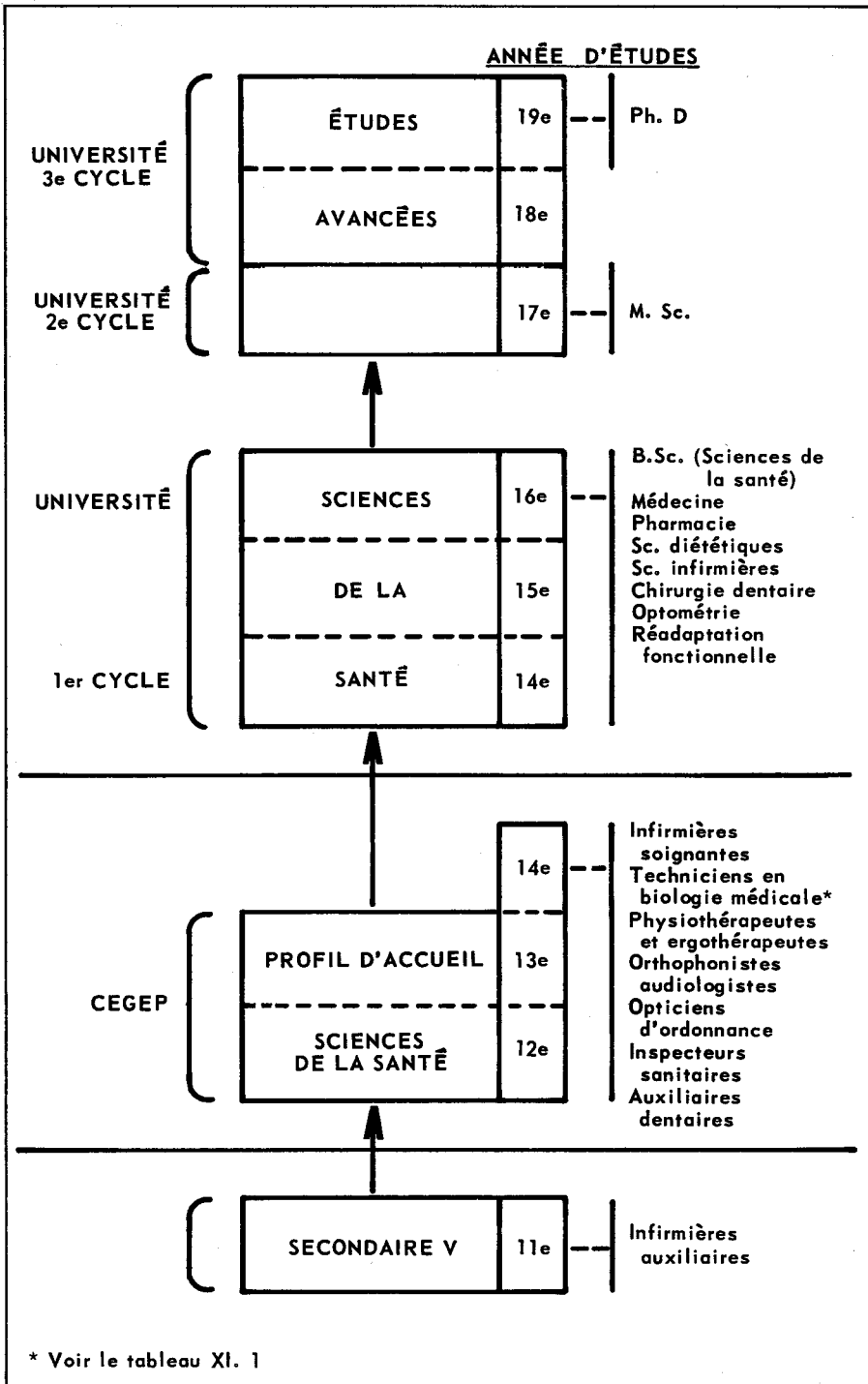
1361. L'enseignement universitaire du premier cycle a pour but principal de donner à l'étudiant une méthode scientifique de penser qui le rende apte, par des exercices d'analyse et de synthèse, à juger de l'importance relative des divers aspects d'un problème. Les connaissances scientifiques augmentent si rapidement qu'un enseignement purement encyclopédique paraît pure illusion. Comment prévoir quelles seront demain les connaissances essentielles à l'exercice de la profession ? L'adaptation aux situations nouvelles et aux plus récentes découvertes scientifiques inspire les méthodes d'enseignement, oriente les programmes d'études et développe la capacité de l'étudiant à apprendre par lui-même de façon continue.

1362. L'orientation progressive de l'étudiant au cours de ce premier cycle doit lui permettre d'établir un plan d'études en fonction de sa formation antérieure et de ses aptitudes, et, au besoin, de le modifier sans avoir à recommencer tout le programme, dans toutes les matières.

1363. Des programmes souples, au cours du premier cycle universitaire, doivent faciliter à l'étudiant le choix des composantes

SCHÉMA XI.1

NIVEAUX D'ÉTUDES DANS LES SCIENCES DE LA SANTÉ



de sa formation. Selon des programmes préalablement définis et par des choix de matières à options, le programme d'études des sciences de la santé comporte des connaissances de base dans les sciences biologiques ainsi que dans les sciences humaines, telles la psychologie et la sociologie. L'étudiant comprend mieux les aspects sociaux de la santé et de la maladie lorsqu'il est initié aux diverses disciplines des sciences humaines.

1364. Pour mieux le convaincre qu'il est responsable de sa formation, on recourra avec profit à toutes les méthodes pédagogiques et les techniques de travail personnel ou autonome : séminaires, colloques, laboratoires, enseignement au moyen d'ordinateurs. Les leçons magistrales et les cours théoriques subsistent encore dans l'enseignement, mais hélas, ils initient peu au travail personnel et à la réflexion.

1365. De la même manière, il faut adapter les méthodes d'évaluation aux objectifs poursuivis et apprécier les attitudes et le jugement de l'étudiant autant que ses connaissances. De plus, une évaluation constante juge le progrès de l'étudiant de façon continue et dispense de sanctionner ses connaissances par l'examen de fin d'études.

1366. Les classes mixtes d'étudiants de diverses disciplines contribuent à former l'esprit d'équipe qui doit, à l'avenir, les animer tous. Par des cours et des stages en commun, on espère que ces étudiants percevront mieux la communauté de leurs intérêts scientifiques et professionnels.

b) La durée des études et les diplômes

1367. Les rapports Parent¹ et Roy² recommandent que le premier cycle universitaire comprenne six sessions de quinze semaines chacune. Cette période de temps paraît suffisante pour assurer la formation scientifique désirée et la Commission est d'accord avec cette recommandation relative aux sciences de la santé.

1368. Toutefois, la Commission estime indispensable d'uniformiser le premier cycle dans tout le Québec. Aussi, insiste-t-elle pour que l'on prenne des mesures immédiates à cette fin.

¹ *Rapport de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec*, volume II, p. 203.

² Comité de développement et de planification de l'enseignement et de la recherche : *Un projet de réforme pour l'université Laval*, Québec, septembre 1968, p. 60 (M. l'abbé Lorenzo Roy, président).

1369. L'enseignement des sciences de la santé au premier cycle universitaire doit conduire à un diplôme spécifique. En raison de la proximité du monde anglo-saxon et afin de dissiper toute ambiguïté, la Commission est d'avis qu'on couronne le premier cycle universitaire, partout au Québec, d'un baccalauréat en sciences de la santé avec mention de la discipline dans laquelle il a été obtenu¹. Nous discuterons dans une autre partie du rapport, du diplôme d'État qui assurerait la souplesse nécessaire à la mise à jour continue des programmes et à l'uniformisation des titres².

1370. Dans la plupart des universités, le premier cycle est une étape généralement terminale pour la majorité des étudiants. Il doit en être ainsi au niveau des sciences de la santé, en dépit des exigences propres à ce domaine. Dans le cas des infirmières, des pharmaciens, des diététiciennes et des optométristes, nous croyons que ce premier diplôme doit être terminal pour la grande majorité des étudiants.

c) Les divers types de professionnels de la santé au premier cycle³

1371. La Commission recommande des cours communs à plusieurs catégories d'étudiants du premier cycle. Il est important d'assurer à l'étudiant l'acquisition d'une méthode scientifique de pensée en même temps qu'une formation professionnelle de niveau supérieur. La formation du premier cycle permet une spécialisation progressive. Les universités devront collaborer en vue de préciser les disciplines à intégrer aux sciences de la santé. Après étude de ce problème, la Commission considère qu'en plus de la médecine, il faut intégrer progressivement les disciplines suivantes au cours du premier cycle : sciences infirmières, pharmacie, chirurgie dentaire, diététique, optométrie, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie. Il est bien évident que les programmes d'études pour

¹ Dans le volume II de son rapport : *Les médecins internes et résidents*, notre Commission s'en était tenue au terme « licence » pour désigner le premier diplôme universitaire. Depuis, toutefois, et conformément à l'une des recommandations du Rapport Roy, les universités du Québec ont consacré l'usage du terme « baccalauréat ».

² Voir le tome I du volume VII de notre rapport : *Les professions et la société*.

³ Dans les pages qui suivent, on trouve, pour divers types de professionnels, des statistiques sur les effectifs actuels et, pour certains d'entre eux seulement, des indications quant à leur degré de spécialisation ou à leur répartition géographique. Nous n'avons pu, en effet, obtenir pour chacun des groupes professionnels toutes les informations que nous aurions désirées. Aussi, est-ce bien involontairement que les renseignements sur certains groupes mettent en lumière la faiblesse de leur spécialisation universitaire ou leur trop grande concentration dans la région montréalaise par rapport au reste du Québec. Nos visites régionales autant que nos rencontres dans le monde universitaire nous ont d'ailleurs convaincus que ces reproches s'adressent, à peu d'exception près, à l'ensemble des groupes professionnels.

chacune de ces disciplines ne sont pas identiques, mais des cours communs donneront à des futurs professionnels une formation homogène.

1372. La polyvalence du premier cycle des sciences de la santé offre divers programmes d'études qui se différencient progressivement et à l'intérieur desquels il est possible d'offrir des options de spécialisation dans un secteur particulier de la discipline.

— *La médecine*

1373. Pour l'étudiant en médecine, le premier cycle d'études est un premier contact avec le milieu universitaire; il doit donc acquérir des connaissances de base dans les sciences biologiques et dans les sciences du comportement ainsi qu'une bonne compréhension des problèmes socio-économiques.

1374. Le contact précoce de l'étudiant avec les malades est un facteur de motivation très important. Aussi, doit-on inclure des matières à option avec stage clinique dès le début du premier cycle et s'efforcer de mieux combiner les sciences de base et les sciences cliniques.

1375. On développe la compréhension des autres professionnels de la santé par les cours communs et on espère modifier ainsi les attitudes des médecins au sein des équipes et y faciliter la coopération entre les membres.

— *Les assistants*

1376. La définition des tâches et des fonctions de chacun des membres de l'équipe de la santé est directement liée aux décisions à prendre au sujet des assistants. Le besoin d'assistants pour certains professionnels se fait sentir depuis plusieurs années en Amérique du Nord.

1377. Les assistants médicaux sont des professionnels entraînés à des tâches spécifiques habituelles de la médecine sous la responsabilité et la surveillance de médecins. Sur le continent américain, il existe contre eux certains préjugés, car la profession médicale redoute une classe de professionnels de second ordre. Dans l'Europe de l'Est, une telle catégorie de professionnels existe depuis de nombreuses années.

1378. Certaines études sur l'emploi du temps des praticiens en médecine libérale révèlent que dans l'exercice courant de la pé-

diatrie, par exemple, plus de la moitié des heures de bureau sont consacrées à des soins préventifs aux enfants sains et 22 pour cent du temps au soin d'infections bénignes des voies respiratoires supérieures¹.

1379. Dans la médecine d'équipe, les assistants immédiats du médecin effectuent sous sa direction un certain nombre d'exams, donnent des soins préventifs et des soins curatifs mineurs, de sorte que le médecin dispose de plus de temps pour revoir les cas douteux et traiter les malades qui requièrent des soins relevant de sa compétence exclusive. L'équipe composée du médecin, de l'infirmière et de l'auxiliaire procure à une clientèle plus étendue, un éventail de soins plus complets et plus rapides, allant de la prévention à la réadaptation.

1380. Les expériences menées dans certains CHU des États-Unis démontrent que l'addition d'infirmières entraînées à accomplir des fonctions cliniques augmente l'efficacité de la pratique médicale.

1381. Le système d'enseignement doit prévoir des niveaux d'études pour chaque catégorie de professionnels de la santé, ajustant le contenu des programmes aux tâches à accomplir. De plus, la souplesse des programmes favorise des modifications qui tiennent compte des changements survenus dans la pratique courante et peuvent même les précéder. On évite ainsi la prolifération de multiples catégories d'assistants dont le statut et le rôle sont difficiles à définir et à faire accepter par les autres professionnels de la santé ou par le public.

1382. Au Québec, en raison de l'utilisation irrationnelle du personnel médical, de l'augmentation prévisible de la demande de soins avec l'instauration d'un régime universel d'assurance-maladie, le problème des assistants devient aigu. La solution nous paraît être l'établissement d'une classe de professionnels de la santé capables d'effectuer un certain nombre de tâches actuellement réservées à la profession médicale.

1383. La Commission estime que les infirmières universitaires peuvent jouer ce rôle après une formation appropriée. Ceci exige l'élargissement des responsabilités et des tâches des divers profes-

¹ A. B. Bergman, S. W. Dassel et R. J. Wedgwood : « Time-Motion Study of Practicing Pediatricians », *Pediatrics*, août 1966, Vol. 38, N° 2, 1^{re} partie, pp. 254-263. Voir également : A. B. Bergman, J. L. Prolistfield et R. J. Wedgwood : « Performance Analysis in Pediatric Practice : Preliminary Report », *The Journal of Medical Education*, février 1967, vol. 42, N° 2, pp. 249-253.

sionnels de la santé surtout lorsqu'ils travaillent au sein de véritables équipes de la santé. La Commission estime qu'une redéfinition légale des champs d'exercice de ces divers professionnels de la santé est nécessaire, particulièrement lorsqu'ils exercent au sein d'une équipe bien structurée. Moyennant cette redéfinition, la Commission est d'avis qu'on doit préparer les infirmières universitaires à remplir ce rôle.

— *Les sciences infirmières*

1384. Les infirmières diplômées des universités travaillent étroitement avec les médecins, planifient, dirigent et évaluent le travail des infirmières soignantes et auxiliaires. Différents organismes tels que la Commission fédérale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall), l'Association des infirmières de la province de Québec et la Conférence canadienne des écoles universitaires d'infirmières recommandent une augmentation en nombre et en qualité des divers types de personnel infirmier¹. Le Canada ne compte, en 1967, pour l'ensemble des effectifs infirmiers, que 5.1 pour cent d'infirmières qui possèdent un diplôme universitaire : baccalauréat, maîtrise ou doctorat². L'augmentation des cadres infirmiers (surveillantes, infirmières chefs, monitrices d'enseignement infirmier) et la revalorisation du rôle de l'infirmière favorisent la qualité des soins. Présentement, il est paradoxal de constater que — comme d'autres professionnels de la santé — l'infirmière ne hausse son statut qu'en s'éloignant du soin des malades et en s'adonnant à des tâches administratives.

1385. Néanmoins, une tendance récente vers la revalorisation du rôle de l'infirmière se manifeste dans certains milieux où l'on cherche à remplacer l'infirmière au poste administratif de l'unité de soins par une secrétaire administrative. On réaffecte les infirmières chefs aux unités de soins où elles travaillent directement avec les infirmières soignantes afin d'améliorer les soins aux malades³.

1386. La formation des infirmières de niveau universitaire à l'intérieur d'un complexe des sciences de la santé contribue à la revalorisation de leur rôle. Elles peuvent exercer dans les centres de santé un certain nombre de tâches actuellement réservées à la pro-

¹ Helen K. Mussalem : *La formation infirmière au Canada*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1966, (Commission royale d'enquête sur les services de santé. Étude).

² Department of National Health and Welfare : *Health Manpower Inventory*.

³ Diane Y. Stewart : « Nouvelle conception du service infirmier en 1969 », *L'infirmière canadienne*, mars 1969, vol. 11, N° 3, pp. 40-41.

fession médicale et notamment, dans plusieurs endroits, aux assistants médicaux ¹, si leur entraînement leur assure la compétence nécessaire, si elles travaillent au sein d'une équipe et si la loi les autorise à effectuer ces tâches.

1387. Au cours de leur dernière année en vue de l'obtention d'un baccalauréat en sciences de la santé, les étudiantes en sciences infirmières choisissent une orientation clinique qui leur assure une compétence dans une spécialité : pédiatrie, gériatrie, obstétrique, psychiatrie, médecine communautaire. Aux facultés des sciences de la santé appartient la responsabilité d'élaborer les programmes appropriés et de déterminer le contenu et la durée de cet enseignement.

1388. Il en va de même pour les sages-femmes, professionnelles de la santé dont le rôle est de procéder à l'accouchement. Elles partagent avec les médecins le droit de faire des accouchements, mais leur exercice est restreint aux cas normaux; elles doivent toujours faire appel à un médecin si les circonstances l'exigent.

1389. Leur formation relève du niveau universitaire et la Commission considère qu'elles doivent s'intégrer aux programmes des sciences infirmières de niveau universitaire, avec options particulières en vue d'acquérir les connaissances et la compétence clinique essentielles à l'exercice de leur profession. Dans un autre volume, nous avons abordé leur dépendance actuelle à peu près totale du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec ².

— La pharmacie

1390. La formation du pharmacien le rend apte à préparer, à partir de produits naturels ou synthétiques, des produits destinés à la prévention, au diagnostic et au traitement de la maladie, de même qu'à la fonction professionnelle, légale et économique de distribution des substances médicinales de façon appropriée et en toute

¹ Henry K. Silver et Loretta Ford : « The Pediatric Nurse Practitioner at Colorado », *American Journal of Nursing*, juillet 1967, vol. 67, N° 7, pp. 1443-1444. Alfred Yankauer et al. : « A Survey of Allied Health Worker Utilization in Pediatric Practice in Massachusetts and in the United States », *Pediatrics*, novembre 1968, vol. 42, N° 5, pp. 733-742. Kenneth D. Rogers et al. : « A General Medical Practice using Nonphysician Personnel », *Journal of the American Medical Association*, 18 novembre 1968, vol. 206, N° 8, pp. 1753-1757. Charles E. Lewis et Barbara A. Resnik : « Nurse Clinics and Progressive Ambulatory Patient Care », *The New England Journal of Medicine*, décembre 1967, vol. 277, N° 23, pp. 1236-1241. Kathleen G. Andreoli et Eugene A. Stead : « Training Physicians' Assistants at Duke », *American Journal of Nursing*, juillet 1967, vol. 67, N° 7, pp. 1442-1443.

² Voir le tome I du volume VII de notre rapport : *Les professions et la société*.

sécurité¹. La Commission propose que sa formation le rende, en plus, apte à conseiller l'équipe de la santé sur les propriétés des médicaments, leur utilisation et leurs effets pharmacologiques. Actuellement, le pharmacien exerce sa profession dans divers endroits ou dans divers domaines : officine, hôpital, industrie, enseignement, recherche, fonction publique ou autres.

1391. En 1968, au Québec, on estime à environ 1,800 le nombre de pharmaciens diplômés avec permis d'exercice². À peu près 80 pour cent exercent leur profession dans la pharmacie d'officine, 9 pour cent dans les hôpitaux, 8 pour cent dans l'industrie pharmaceutique et 1½ pour cent dans l'enseignement universitaire; le reste est employé dans les forces armées, l'enseignement secondaire supérieur, les services gouvernementaux et quelques autres secteurs.

1392. Dans les années à venir, on prévoit que les centres d'enseignement orienteront de plus en plus leurs étudiants du premier cycle vers l'exercice dans les centres de santé et mettront davantage l'accent sur leur rôle de conseiller en pharmacologie dans l'équipe de la santé. L'enseignement aux étudiants en pharmacie au niveau d'un complexe des sciences de la santé favorise le développement de cet esprit d'équipe tant souhaité et leur permet d'y jouer un rôle dynamique. À l'université, l'étudiant ne cherche pas une technique mais plutôt une philosophie et une méthodologie de l'action. C'est pourquoi il est encore plus nécessaire que le pharmacien soit très instruit et ait une formation très poussée en chimie et en biologie, qui fasse de lui un expert en médicaments, dernier rempart entre le malade et le poison³. De plus en plus, il faut consacrer le caractère scientifique, professionnel et social du pharmacien.

— La chirurgie dentaire

1393. La formation du chirurgien-dentiste le rend apte à prévenir et à soigner non seulement les maladies des dents mais aussi celles de la cavité buccale et des structures connexes, à se préoccuper de l'influence des affections dentaires sur la santé en

¹ Voir à ce sujet le *Rapport du Comité d'étude des relations entre l'université Laval, la faculté de médecine et les hôpitaux d'enseignement dans les secteurs des diverses sciences de la santé autres que la médecine*, université Laval, Québec, 1967-1970, p. 69 (Rapport Bonneau).

² Selon des renseignements obtenus du Collège des pharmaciens de la province de Québec, ce nombre est de 1940 au 12 février 1970, soit une moyenne d'environ un pour 3,000 personnes; 225 d'entre eux exercent leur profession en milieu hospitalier, soit 11 pour cent, et la très grande majorité est en pharmacie d'officine.

³ J. Auguste Mockle : « Le pharmacien face à l'équipe de santé », *l'Hôpital d'aujourd'hui*, septembre 1969, vol. 15, n° 9, pp. 21-23.

général et à remplacer les dents extraites. Dans le complexe des sciences de la santé, les chirurgiens-dentistes doivent, après un nombre plus limité de cours communs, s'orienter vers des cours particuliers à leur profession. Il est important qu'ils s'intègrent à l'équipe de la santé et que leur formation soit partiellement commune avec celle des autres professionnels de la santé. Comme pour les médecins, un deuxième cycle clinique est probablement indispensable aux dentistes pour leur permettre d'atteindre une plus grande compétence.

1394. En janvier 1969, il y a 1,594 dentistes au Québec¹, soit environ un dentiste pour 3,800 habitants et en Ontario, à la même date, on dénombre 2,929 dentistes, soit environ un pour 2,560 habitants². Cependant, la répartition des dentistes n'est pas uniforme : il y a concentration dans les villes et pénurie dans les régions éloignées ou défavorisées où l'accès aux soins dentaires est très limité.

1395. La Commission estime que les dentistes doivent s'intégrer le plus possible aux équipes de la santé, travailler dans les centres de santé et favoriser l'utilisation maximale des auxiliaires dentaires en vue de la prévention et du traitement de certaines affections dentaires. Le nombre de personnes qui reçoivent des soins dentaires augmente considérablement si le dentiste travaille en collaboration avec des auxiliaires.

— L'optométrie

1396. L'optométrie est à la fois un art et une science qui a pour objet la vision, et vu l'importance de la vision dans l'activité humaine, elle « s'intéresse à l'œil, à tous les aspects de la fonction visuelle, au bien-être et au rendement des habiletés visuelles à l'école, au bureau, à l'usine, sur la route, enfin partout³ ». La Commission reconnaît le rôle important des optométristes dans son rapport sur l'assurance-maladie⁴. Au début de 1969, il y avait 479 optométristes au Québec⁵, comparativement à 502 en Ontario⁶.

¹ Selon des chiffres du Collège des chirurgiens-dentistes de la province de Québec, le nombre de dentistes actifs au Québec passe à 1,680 au 3 février 1970, soit environ un pour 3,500 habitants. De ce nombre, 11 sont spécialisés en hygiène dentaire publique, 8 en périodontie, 6 en prothèses dentaires, 42 en orthodontie et 23 en chirurgie buccale.

² Department of National Health and Welfare : *Health Manpower Inventory*, p. 4.

³ École d'optométrie de l'Université de Montréal : *Mémoire à la Commission Castonguay*, mars 1967, p. 8.

⁴ *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, volume I, *L'Assurance-maladie*, p. 69.

⁵ Au 3 février 1970, selon les statistiques du registraire du Collège des optométristes de la province de Québec, le Québec compte 487 optométristes actifs, soit environ un pour 12,000 habitants.

⁶ Department of National Health and Welfare : *Health Manpower Inventory*, p. 25.

1397. L'enseignement de l'optométrie poursuit des objectifs universitaires du premier cycle tels que décrits au début de ce chapitre. L'étudiant doit assimiler l'ensemble des connaissances sur la vision que la profession et d'autres disciplines développent.

1398. En novembre 1968, l'Université de Montréal décidait que l'optométrie constituait une profession de niveau universitaire, dûment reconnue, qui offre des soins essentiels à la population et qui relève du secteur de la santé¹. Après ses audiences publiques et ses visites, la Commission accepte le caractère universitaire et autonome de cette profession et recommande que la formation des optométristes soit intégrée au premier cycle des sciences de la santé de l'université. L'optométriste a un rôle important à jouer dans les soins oculaires et doit travailler en collaboration avec l'ophtalmologiste dans les équipes de la santé.

— La diététique

1399. La diététique est définie comme la science et l'art de nourrir les individus ou les groupes dans différentes conditions économiques ou sanitaires conformément aux principes de la nutrition².

1400. Au Québec, la plupart des diététiciennes assument des responsabilités dans l'administration des services alimentaires, dans la diétothérapie, comme membres de l'équipe de la santé et dans l'enseignement en sciences infirmières, en diététique et en médecine. De plus, un certain nombre poursuivent des études avancées en vue de la recherche en nutrition ou en alimentation. Au 1^{er} février 1970, le Québec compte 578 diététiciennes actives, soit environ une pour 10,500 habitants³. De ce nombre, trois possèdent un doctorat et trente-six une maîtrise, soit environ 6 pour cent de l'ensemble.

1401. Le programme d'études en diététique doit s'intégrer au complexe des sciences de la santé du premier cycle universitaire, tout en conservant les matières qui assurent à l'étudiante l'acquisition des connaissances essentielles à l'exercice de sa profession. Le programme des études comprend habituellement les sciences biologiques,

¹ Rapport du Comité du développement académique de l'Université de Montréal sur le statut de l'École d'optométrie, sanctionné le 11 novembre 1968 par l'assemblée universitaire.

² Corporation des diététiciennes : *Mémoire à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, avril 1967.

³ Renseignements obtenus de la Corporation des « diététistes » du Québec.

les sciences humaines et les sciences appliquées telles la nutrition humaine, la diétothérapie, l'alimentation des collectivités, etc.

— *La réadaptation fonctionnelle*

1402. Dans le domaine de la réadaptation fonctionnelle, les professionnels de la santé actuellement formés au niveau du premier cycle universitaire comprennent les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les orthophonistes audiologistes. Au Québec, en 1968, il y a 298 physiothérapeutes¹ et 119 ergothérapeutes actifs alors qu'en Ontario leur nombre est respectivement de 824 et de 242².

1403. Le physiothérapeute utilise les moyens physiques (électricité, chaleur, froid, eau, exercices) comme principaux moyens thérapeutiques, et son rôle primordial est de redonner au malade handicapé la maîtrise de ses mouvements corporels.

1404. L'ergothérapeute fait partie de l'équipe de réadaptation ; son rôle est de rétablir la fonction des membres par l'utilisation judicieuse des gestes qui sont les plus souvent accomplis dans la vie de chaque jour. Sa tâche s'exerce autant sur le plan physique que sur le plan psychique.

1405. La majorité des physiothérapeutes et des ergothérapeutes en exercice viennent de l'enseignement secondaire supérieur. Les études universitaires tendent à la formation de professionnels de la santé compétents, aptes à enseigner dans les CEGEP et à diriger des équipes de soins dans leur discipline. L'accent mis sur la réadaptation dans le régime de la santé préconisé exige la préparation d'un plus grand nombre de ce type de professionnels, qui travailleront à l'intérieur des équipes de la santé.

1406. L'orthophoniste audiologiste est le rééducateur des troubles de l'ouïe et de la parole. Ayant des responsabilités à la fois diagnostiques et thérapeutiques, il s'intéresse donc à tous les troubles de la communication humaine, d'origine organique ou fonctionnelle.

¹ Suivant des renseignements de l'Association des physiothérapeutes de la province de Québec, ce nombre passe à 413 au 23 février 1970, soit environ un pour 14,200 personnes. Aucun ne possède un diplôme supérieur au baccalauréat spécialisé universitaire (maîtrise ou doctorat) et plus de 75 pour cent d'entre eux exercent leur profession dans la région montréalaise.

² Department of National Health and Welfare : *Health Manpower Inventory*, p. 30.

1407. Le Québec compte, au 30 janvier 1970, 100 orthophonistes audiologistes actifs, soit environ 1 pour 60,000 habitants¹. Quatre-vingt-six d'entre eux exercent leur profession à Montréal, comparativement à 5 dans la région de Québec, 4 dans celle du Saguenay—Lac-Saint-Jean, 2 dans celle de Trois-Rivières et 3 dans celle de Sherbrooke. Tous possèdent une maîtrise, exigée par la corporation. Depuis septembre dernier toutefois, on offre un cours universitaire de trois ans, au terme duquel on décernera un baccalauréat.

1408. En raison de leurs responsabilités futures dans le traitement des malades à réadapter, ces étudiants doivent posséder de solides connaissances de base en psychologie et en biologie ainsi que des notions précises des processus pathologiques en cause dans chaque cas particulier. Leurs contacts étroits et répétés avec les malades exigent encore des connaissances suffisantes dans le secteur des sciences du comportement et, en particulier, des principes d'application des méthodes de dynamique de groupe et d'animation.

— *La chiropraxie*

1409. La Commission a déjà recommandé que le gouvernement donne suite aux recommandations de la Commission royale d'enquête sur la chiropraxie et l'ostéopathie². Il semble que la chiropraxie, qui constitue encore au Québec un exercice illégal de la médecine, sera très bientôt légalement reconnue et que l'on devra prévoir les normes d'études de cette profession³.

1410. En raison des dangers fort sérieux que comporte la manipulation erronée de la colonne vertébrale, la Commission estime que les programmes d'études doivent garantir la qualité de l'exercice de la profession par une formation de base poussée et scientifique. Si les besoins futurs le justifient, la Commission est d'avis qu'on élabore un programme d'études particulier à la chiropraxie à l'intérieur des facultés des sciences de la santé et que celles-ci l'approuvent.

— *La podiatrie*

1411. La podiatrie est l'art de diagnostiquer et de traiter les maladies du pied (qui ne sont pas des maladies du système), de même

¹ Statistiques de la Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec.

² Rapport de la Commission royale d'enquête sur la chiropraxie et l'ostéopathie (Rapport Lacroix), juillet 1965. Voir également le volume I de notre rapport, *l'Assurance-maladie*, p. 74.

³ Voir : Loi des chiropraticiens, projet de loi 286, 1969.

que ses malformations, déformations et lésions¹. Elle n'est pas reconnue comme profession distincte au Québec et il n'existe aucune école de formation au Canada. Aux États-Unis, le cours est de quatre ans et on exige un baccalauréat ès arts à l'admission.

1412. La profession, légalement reconnue en Ontario, ne l'est pas au Québec. Toutefois, les 25 membres de l'Association des podiatres de la province de Québec l'exercent². La Commission croit utile qu'on prévoie un programme d'études universitaires en podiatrie au Québec, à l'intérieur des programmes de sciences de la santé, qu'on reconnaisse à cette profession un statut légal et qu'on favorise l'intégration des podiatres dans les équipes de soins.

— *La naturopathie*

1413. On définit la médecine naturiste ou naturopathique comme la philosophie, la science et l'art de prévenir et de guérir la maladie par des méthodes exclusivement naturelles. Les naturopathes enseignent l'art de vivre selon la nature³.

1414. Certains parlements provinciaux, en particulier ceux de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, du Manitoba, de l'Alberta et de la Saskatchewan, ont reconnu officiellement la profession naturopathique et ont établi les règlements nécessaires à cette fin.

1415. Au Québec, il existe à Montréal un Institut de Naturopathie qui inclut dans son programme des études de type universitaire pour lesquelles un baccalauréat ès arts ou l'équivalent est exigé⁴.

1416. La naturopathie se rapproche sensiblement de l'éducation sanitaire et doit y être liée de près. La Commission est donc d'avis que la naturopathie n'exige pas un programme d'études spécifique, ni le statut professionnel d'un ordre, mais que les naturopathes pourront se grouper dans une association qui poursuit les objectifs définis plus haut et qui réunit divers professionnels de la santé intéressés à l'art de vivre selon la nature.

¹ Voir à ce sujet : Association des podiatres de la province de Québec : *Mémoire à la Commission Castonguay*, juin 1968.

² Données de mai 1970, fournies par l'Association des podiatres de la province de Québec.

³ Association des naturopathes du Québec et autres : *Mémoire sur la santé naturelle présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, mars 1967, p. 4.

⁴ Selon des renseignements de l'Institut de Naturopathie, ce cours de type universitaire de quatre ans a été inauguré en septembre 1969. Dix étudiants au total s'y sont inscrits en première année.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

- 4.XI.195. *QUE les universités groupent les disciplines de la santé à l'intérieur des facultés des sciences de la santé.*
- 4.XI.196. *QUE le premier cycle universitaire dans les sciences de la santé comprenne six sessions de quinze semaines et soit uniformisé dans tout le Québec.*
- 4.XI.197. *QUE le premier cycle universitaire dans les sciences de la santé soit terminal pour la majorité des étudiants.*
- 4.XI.198. *QUE les facultés des sciences de la santé ou les organismes qui en tiennent lieu coordonnent les programmes d'études en médecine, en sciences infirmières, en pharmacie, en chirurgie dentaire, en réadaptation fonctionnelle, en optométrie et en diététique.*
- 4.XI.199. *QUE l'université et l'État favorisent la formation d'infirmières au niveau du premier cycle universitaire en vue de leur confier des tâches dévolues aux assistants médicaux dans d'autres pays et ceci, au sein d'équipes dans les centres de santé.*
- 4.XI.200. *QUE des programmes d'études au niveau du premier cycle universitaire soient élaborés par les facultés des sciences de la santé à l'intention des chiropraticiens et des podiatres, selon les besoins du marché du travail.*

2. — LES ÉTUDES AVANCÉES

1417. À l'université, la formation à la recherche est l'un des premiers objectifs des études avancées. À ce stade, l'étudiant doit accéder de plein droit à la recherche, afin d'ouvrir son esprit à la connaissance nouvelle et de devenir apte à résoudre les problèmes futurs des sciences médicales.

1418. Ces études avancées visent de plus à une formation professionnelle supérieure, car l'exercice professionnel exige de l'ini-

tiative et des aptitudes à résoudre des problèmes inédits. L'apprentissage des connaissances et techniques actuelles complète cette formation qui, en plus, doit répondre aux besoins futurs de la société. Comme le souligne, dans son rapport, le Comité de développement et de planification de l'enseignement et de la recherche de l'université Laval :

Si une profession exige des études avancées à cause de cette indétermination dont nous parlions, cela implique nécessairement que les candidats possèdent des aptitudes à la recherche, la faculté de poser et de résoudre des problèmes largement inédits. À l'inverse, les problèmes pratiques sont devenus d'une telle complexité que très souvent ils rejoignent directement les questions les plus théoriques; la recherche est de plus en plus liée à des problèmes de développement social; le chercheur le plus désintéressé est amené un jour ou l'autre à donner des avis sur les divers aspects de la pratique sociale et scientifique. De sorte que ce serait un pur sacrifice que de vouloir établir des cloisons étanches entre les futurs chercheurs et les futurs praticiens. Recherche et formation professionnelle nous apparaissent plutôt comme deux axes d'une même conception d'ensemble des études avancées¹.

a) Les études avancées et les professionnels de la santé

1419. Il faut prévoir des études avancées pour les professionnels de la santé qui aspirent à devenir des chefs de file dans leur domaine : le deuxième cycle universitaire conduit alors à une maîtrise et le troisième cycle à un doctorat. L'enseignement à ce niveau est déjà organisé, ou en voie de l'être, dans la plupart des universités du Québec.

1420. Distinguons ici entre la maîtrise ès sciences et la maîtrise dans une discipline. Cette dernière possède généralement un caractère final et s'adresse aux futurs praticiens. Obligatoire pour les médecins et les dentistes, elle ne doit pas l'être cependant dans toutes les disciplines de la santé.

1421. Il faut encourager tous ceux qui se destinent à une carrière universitaire à la poursuivre jusqu'à l'obtention de diplômes supérieurs. Au Québec, exception faite des diplômés de l'université McGill, rares sont les professionnels de la santé qui possèdent un doctorat ou une maîtrise, contrairement aux autres provinces du Canada ou aux États-Unis. Nos universités doivent donc intensifier le plus rapidement possible des études avancées dans ces domaines et, par des bourses, y attirer le plus de candidats possible.

¹ Comité de développement et de planification de l'enseignement et de la recherche : *Un projet de réforme pour l'université Laval*, op. cit.

b) Les études avancées et les administrateurs

1422. Il faut accorder, au Québec, une priorité à la formation d'administrateurs compétents dans le secteur de la santé. La Commission se rend compte, après ses visites, jusqu'à quel point il existe des carences dans ce domaine. Les problèmes administratifs signalés sur le plan de la santé sont de plus en plus considérables et l'organisation de nouveaux modes de distribution des soins n'est possible que par des administrateurs compétents et bien préparés à jouer ce rôle. L'organisation générale du régime de la santé que nous avons proposée au chapitre VI et, en particulier, la mise en place d'organismes régionaux exigent de la part des responsables une formation poussée en administration.

1423. Le programme d'études comprend des notions sur les centres de santé et l'organisation des soins en vue de répondre aux besoins de la population. La quasi-totalité des techniques administratives utilisées dans les établissements de santé diffèrent très peu de celles de l'ensemble des entreprises commerciales, industrielles ou publiques.

1424. Plusieurs grandes universités américaines et canadiennes forment des administrateurs dans les facultés de médecine, dans les facultés ou écoles de santé publique ou les écoles d'administration. Les deux premières formules, selon lesquelles chaque domaine forme ses propres administrateurs, demandent de nombreux professeurs spécialisés dans l'administration.

1425. Au Québec, en raison de la pénurie de personnel enseignant et des difficultés de constituer les équipes multidisciplinaires de niveau universitaire, la Commission recommande que les administrateurs du domaine de la santé soient formés de préférence dans les facultés des sciences de l'administration. Un cours conduisant à la maîtrise en administration des types *M. B. A.* ou *M. A. A.* avec option santé nous semble l'idéal pour réaliser les objectifs poursuivis. Aussi, est-il souhaitable qu'on organise un tel cours dans plusieurs universités du Québec. La collaboration des sections de médecine sociale des facultés des sciences de la santé est, bien sûr, essentielle pour réaliser des programmes cohérents qui répondent aux besoins du marché du travail.

1426. L'École de santé publique de l'Université de Montréal offre un cours d'administration hospitalière depuis plusieurs années et a formé un nombre important d'administrateurs d'hôpitaux au

Québec. Nous croyons que cette école de santé publique a joué un rôle dynamique, mais qu'elle doit s'intégrer à une faculté des sciences de la santé et devenir la section de médecine sociale de cette faculté. On pourra alors confier la formation des administrateurs à la faculté des sciences de l'administration.

1427. Aux universités Laval et de Sherbrooke, les facultés des sciences de l'administration offrent un programme de maîtrise (M. B. A.), et à Montréal, l'École des Hautes Études Commerciales offre, pour sa part, un cours d'administration des affaires (M. A. A.) qu'on peut orienter facilement vers le secteur de la santé pour les étudiants intéressés. Nous souhaitons aussi que la nouvelle École nationale d'administration publique s'intéresse à cet aspect de la formation du personnel en administration.

1428. La première année, le programme d'études doit être similaire au programme de la maîtrise en administration. En deuxième année, on oriente les travaux de recherche et de consultation vers le secteur de la santé. Le programme d'études doit comporter aussi des stages dans les organismes de santé.

1429. Cette solution évite la formation d'administrateurs trop spécialisés en milieu fermé et les maintient en contact, au cours de leurs études, avec d'autres administrateurs du monde des affaires et du secteur public.

c) Les études avancées et la médecine ¹

1430. Actuellement, les études de spécialisation en médecine pour l'obtention d'un certificat de spécialiste comprennent, après les quatre années d'études à la faculté de médecine, une année d'internat et quatre ou cinq années dans la spécialité. La responsabilité de la formation à ce niveau relève d'organismes professionnels, tels le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec et le *Medical Council of Canada*.

1431. Au Canada et aux États-Unis, on a, à maintes reprises, recommandé le transfert aux universités de la responsabilité de l'enseignement médical postuniversitaire, et cette tendance est très nette au Québec, grâce à l'influence du Collège des médecins et chirurgiens

¹ Voir : *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, volume II, *Les médecins internes et résidents*.

de la province de Québec¹. Le Collège exige actuellement que les études de spécialisation se poursuivent sous la surveillance d'une faculté de médecine. Les facultés de médecine ou de sciences de la santé doivent donc prévoir l'organisation des études avancées pour les spécialités médicales et la formation scientifique aux niveaux de la maîtrise (M. Sc.) et du doctorat (Ph. D). Il y a lieu, toutefois, de distinguer pour la médecine entre le deuxième et le troisième cycle (schéma XI.2).

— *Le deuxième cycle*

1432. Le deuxième cycle forme un médecin à résoudre les problèmes cliniques les plus courants. On considère cet objectif sous deux angles : l'apprentissage de la responsabilité, c'est-à-dire la prise en charge d'un malade et de ses problèmes, et l'acquisition de la compétence, c'est-à-dire la maîtrise des connaissances, de l'habileté et des ressources nécessaires à l'exercice de la médecine. En somme, il s'agit de former un médecin compétent, mais encore peu spécialisé.

1433. L'enseignement à ce niveau revêt un caractère universitaire, c'est-à-dire qu'on y remplace l'apprentissage traditionnel par un travail clinique autonome et personnel. En effet, on ne donne pas à un étudiant une formation scientifique solide par la seule répétition d'actes variés². C'est dans les unités d'enseignement clinique que l'étudiant trouve le milieu idéal d'enseignement, de soins, d'activités scientifiques et de recherche.

1434. Le diplôme accordé à la fin du deuxième cycle universitaire est une maîtrise. En raison des traditions nord-américaines pour les études médicales, nous ne voyons pas d'objection à ce que ce diplôme porte le titre de M. D.

1435. Actuellement en Amérique du Nord, le diplôme de M. D. n'est pas un diplôme terminal, et aucun organisme de réglementation professionnelle ne le reconnaît comme tel : on exige une ou deux années supplémentaires avant d'accorder le droit d'exercice. Le Rapport Millis critique fortement ce phénomène et recommande plus de continuité et de cohérence entre les niveaux d'études en médecine³.

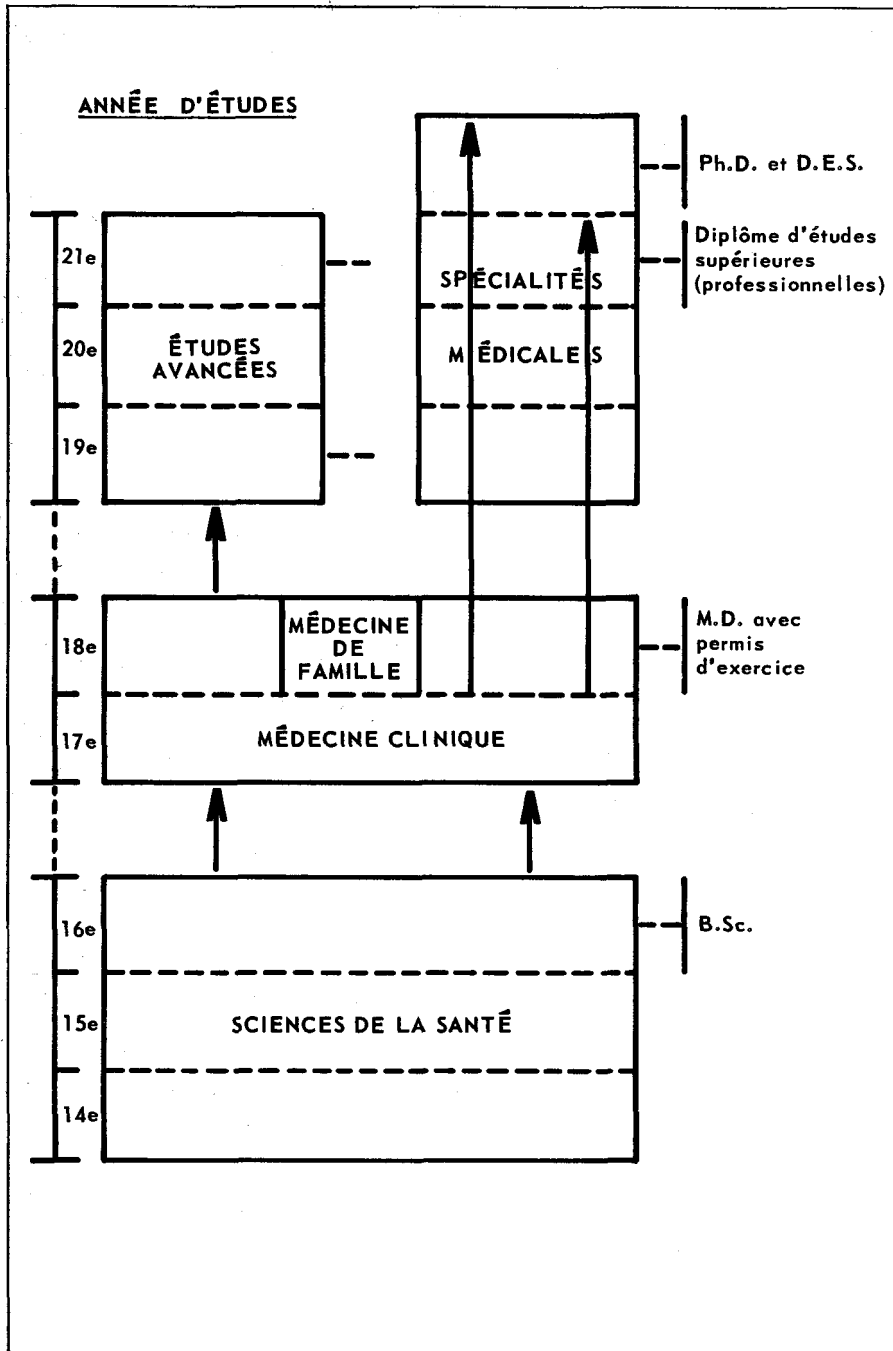
¹ *Bulletin du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec*, février 1969, vol. IX, No 1, p. 21.

² Voir : *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, volume II, *Les médecins internes et résidents*.

³ The Citizens Commission on Graduate Medical Education : *Report : the Graduate Education of Physicians*, Commissioned by the American Medical Association, Chicago, Ill., 1966, p. 62.

SCHEMA XI.2

NIVEAUX DE FORMATION DES ETUDIANTS EN MEDECINE



1436. La Commission est d'avis que le diplôme accordé à la fin du deuxième cycle doit être terminal et correspondre à une maîtrise professionnelle (M.D.). Le deuxième cycle universitaire doit comporter de six à neuf sessions de quinze semaines, qui correspondent à l'externat et à l'internat actuels pour les étudiants en médecine, selon le contenu des programmes et l'orientation future de l'étudiant :

- a) l'étudiant qui se dirige vers un troisième cycle universitaire, choisit des matières à option dès la troisième session du cycle clinique afin de commencer sans tarder à se spécialiser dans le domaine choisi;
- b) le deuxième cycle universitaire est terminal pour les étudiants qui s'orientent vers la médecine de famille. Il peut se prolonger de deux à trois sessions selon le contenu des programmes établis par les universités responsables.

1437. La Commission a déjà recommandé que le rôle du médecin de famille soit revalorisé¹. Le régime de la santé proposé exige que le généraliste reçoive une formation qui le prépare à une médecine globale et au travail d'équipe. La réforme de l'enseignement doit corriger ce déséquilibre actuel dans la répartition des omnipraticiens et des spécialistes. L'omnipraticien conserve toujours un rôle essentiel, et si l'on veut éviter sa disparition, on doit s'efforcer de le mieux former, d'accroître sa compétence et de lui fournir les installations nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Premier médecin consulté, il doit être bien préparé :

- a) à apprécier les effets des facteurs personnels, familiaux et socio-économiques sur la santé et la maladie;
- b) à participer à l'éducation sanitaire des individus et des familles;
- c) à prévenir la maladie, à diagnostiquer les différents problèmes cliniques et à traiter le malade selon le concept d'une médecine globale; et
- d) à travailler au sein d'une équipe de la santé d'après un partage des tâches convenant aux besoins de la population.

¹ Voir : *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, volume II, *Les médecins internes et résidents*, p. 54.

1438. Les jeunes médecins qui s'orientent vers la médecine de famille doivent s'intéresser tout particulièrement aux besoins psychologiques, économiques et sociaux du milieu. La sensibilisation des jeunes médecins aux besoins du milieu dans lequel ils exercent leur activité reste l'une des principales préoccupations de l'enseignement.

— *Le troisième cycle*

1439. Le troisième cycle universitaire conduit à un doctorat ès sciences (Ph. D.). Indispensables aux jeunes médecins qui s'orientent vers une carrière universitaire et la recherche, les études de ce niveau ne conviennent cependant pas aux médecins qui se destinent à l'exercice d'une spécialité.

1440. En raison de leur relation étroite avec les sciences appliquées, les études dans une spécialité se poursuivent en milieu clinique, sous l'égide de l'université, et conduisent à un diplôme d'études supérieures professionnelles. La responsabilité de l'université s'étend aux programmes d'études appropriés de même qu'à l'évaluation des étudiants¹.

— *Les types de spécialistes*

1441. En médecine, le troisième cycle est terminal pour tous et diffère au plan de la durée et du programme selon l'orientation et l'intérêt de l'étudiant. Il faut prévoir trois grands types de spécialisation selon que les médecins s'orientent vers la distribution des soins, la santé des groupes et populations ou l'acquisition de connaissances scientifiques nouvelles.

1° *Les spécialistes dans les diverses branches de la médecine et de la chirurgie*

1442. Les spécialités médicales et chirurgicales non seulement subsistent mais encore augmentent; plus poussées, elles s'imposent déjà comme les seules réponses à l'accroissement des connaissances dans chacun des domaines de la médecine.

1443. La médecine interne actuelle et la chirurgie générale traditionnelle perdent de leur importance, car leur domaine est de plus en plus envahi par des ultraspécialités. Cependant, au cours de leur formation, ceux-ci garderont l'optique de la médecine globale

¹ Voir à ce sujet le tome I du volume VII de notre rapport : *Les professions et la société*.

pour comprendre le malade et ne s'isoleront pas dans leur domaine restreint de peur qu'un problème ne leur échappe.

1444. Un système d'enseignement de spécialités, assez flexible pour suivre l'évolution de la profession, s'adapte aux besoins nouveaux de la science appliquée à la médecine, tout en conservant un juste équilibre entre l'expérience clinique et l'acquisition d'une discipline intellectuelle de niveau supérieur.

1445. Qu'il nous soit permis de répéter ce que nous mentionnions dans un rapport précédent :

Jusqu'ici, la résidence était réservée aux étudiants qui voulaient acquérir une compétence particulière dans un domaine donné de la médecine. Cet état de choses a fortement influencé la conception, la nature et l'organisation de l'enseignement en milieu hospitalier. L'accent porte incontestablement sur l'aspect professionnel de la formation, c'est-à-dire sur la maîtrise d'une technique susceptible d'être dépassée à plus ou moins brève échéance. L'enseignement postuniversitaire conduisant au diplôme de spécialiste doit être entièrement repensé de façon à transférer l'accent sur la formation scientifique¹.

1446. Le troisième cycle universitaire peut varier mais si un minimum de trois années ou de neuf sessions d'études est jugé indispensable, on voit peu de raisons de prolonger davantage ces études spécialisées.

2° *Les spécialistes en médecine sociale*

1447. Un certain nombre de spécialités, que l'on groupe actuellement sous le terme de médecine sociale, touchent la santé des groupes et populations.

1448. Dans les facultés des sciences de la santé, on forme selon les mêmes modalités que les autres spécialistes, ceux des sections de médecine sociale : épidémiologistes, médecins du travail et autres spécialistes.

1449. Au Québec, il y a pénurie dans ces domaines. Les besoins sont énormes en recherche épidémiologique, et dans plusieurs spécialités de la médecine clinique, il faut pousser les études en statistique, en épidémiologie, en administration et en recherche, surtout opérationnelle. Les sections de médecine sociale de la faculté des sciences de la santé élaboreront et exécuteront ces programmes.

¹ *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, volume II, Les médecins internes et résidents, p. 55.*

3° Les scientifiques médicaux

1450. Il faut concevoir et organiser la formation des médecins de manière à répondre aux besoins pressants d'enseignants et de chercheurs dans le domaine de la médecine. Actuellement, entre un et deux pour cent des étudiants en médecine du Québec se dirigent vers l'enseignement, contre quatre pour cent aux États-Unis¹. Cette carrière exige de longues années d'études et suppose un intérêt prononcé pour la science et la recherche pure : aussi attire-t-elle peu de candidats. Les retards accumulés dans ce domaine ainsi que les impératifs de formation d'un plus grand nombre de médecins et de transformation des études de médecine exigent qu'on déploie des efforts substantiels afin d'encourager les étudiants à embrasser une carrière scientifique.

1451. Les CHU offrent cette formation, en général, et ils sont en mesure de donner aux résidents qui se destinent à la recherche pure et à la recherche clinique un programme qui s'adapte à leurs besoins et à leur orientation future et un enseignement intégré qui conduit à des diplômes d'études supérieures.

1452. À ce niveau, deux types de formation sont offerts à l'étudiant diplômé. Il peut s'inscrire à un programme de recherche qui mène au doctorat ès sciences (Ph. D.), ou à des programmes qui permettent l'obtention simultanée d'un diplôme d'études supérieures professionnelles et d'un doctorat ès sciences, comme c'est le cas, par exemple, à l'université McGill. Ces études sont nécessairement plus longues et réclament quatre ou cinq années après le premier diplôme universitaire.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

4.XI.201. *QUE l'État et les universités favorisent le développement des études avancées dans les sciences de la santé.*

4.XI.202. *QUE les universités du Québec offrent aux étudiants en administration un programme d'étude conduisant à la maîtrise (M. B. A. ou M. A. A.) avec l'option santé.*

¹ Lucien Coutu : « Le rôle de l'université et des hôpitaux dans la formation du personnel de la santé », *Journal du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec*, janvier-février 1967, N° 45, pp. 1-11.

- 4.XI.203. *QUE pour la médecine, le diplôme (M. D.) corresponde à une maîtrise professionnelle et soit accordé, selon le programme d'études et l'orientation de l'étudiant, après un deuxième cycle de six à neuf sessions; et que ce diplôme soit terminal pour les étudiants qui s'orientent vers la médecine de famille.*
- 4.XI.204. *Que l'organisation des études avancées des deuxième et troisième cycles dans les sciences de la santé devienne la responsabilité des universités.*
- 4.XI.205. *QU'en raison de leur relation étroite avec les sciences appliquées, les études dans une spécialité médicale ou chirurgicale se poursuivent en milieu clinique, sous l'égide de l'université, et conduisent à un diplôme d'études supérieures professionnelles.*
- 4.XI.206. *QUE les résidents dans les CHU, ou dans les autres centres de santé qui dispensent l'enseignement médical du troisième cycle, puissent s'inscrire à un programme de recherche pure qui les conduise à l'obtention d'un doctorat ès sciences (Ph. D.).*
- 4.XI.207. *QUE les centres de santé qui dispensent l'enseignement du troisième cycle offrent des programmes qui permettent l'obtention simultanée d'un diplôme d'études supérieures professionnelles et d'un doctorat ès sciences (Ph. D.).*

II. — L'ENSEIGNEMENT CONTINU

1453. . L'état des connaissances évolue constamment et chacun doit opérer périodiquement une mise à jour de son savoir s'il veut affronter les conditions nouvelles de la société. Au cours des dernières décennies, le rythme du changement s'est accéléré. Les publications augmentent à un point tel que seule l'informatique permettra d'ici quelques années d'avoir accès à une bibliographie complète sur un sujet donné. En médecine, on prévoit que les connaissances doubleront tous les huit ans. Aussi les moyens de communication et les modes de diffusion rendent-ils les professionnels et la population en général beaucoup plus conscients de ces changements. La population est de mieux en mieux informée du domaine de la santé et une mise à jour constante des connaissances des professionnels de la santé est indispensable.

1454. L'enseignement continu doit donc s'intégrer au système d'enseignement des sciences de la santé. Cette notion d'enseignement continu reflète le caractère de continuité de la formation ainsi que son orientation vers la collectivité. La motivation personnelle et le désir d'apprendre par soi-même sont indispensables pour assurer la continuité de la formation des professionnels de la santé, et dès les premiers niveaux, il faut convaincre les étudiants que les études, même sanctionnées par un diplôme, doivent se poursuivre toute la vie.

1455. Le maintien et, plus encore, l'accroissement de la compétence professionnelle par l'enseignement continu améliorera la distribution des soins d'une façon plus directe et plus sûre que l'apport annuel d'une promotion entière de professionnels. Un professionnel de la santé bien au courant des dernières découvertes et techniques, des appareils mis récemment sur le marché, des modes nouveaux de soins, augmente grandement son efficacité. Applicable à tous les professionnels et techniciens de la santé, cette perspective soutient leur intérêt et facilite leur travail au sein d'une équipe de la santé.

A. — LES FORMES D'ENSEIGNEMENT CONTINU

1456. Les formes d'enseignement continu varient selon les circonstances, les besoins du milieu ou les personnes en cause. Qu'il se donne dans le milieu de travail ou dans des centres d'enseignement, il se dispense principalement par un enseignement formel, avec démonstrations et stages de perfectionnement complémentaires.

1. — L'ENSEIGNEMENT FORMEL

1457. Cet enseignement expose à un groupe de travailleurs de la santé les aspects nouveaux d'un sujet. Ce type de mise à jour continue est le plus fréquemment utilisé et s'adresse au personnel de soutien, aux techniciens ou aux professionnels de la santé. Les nombreuses formules pédagogiques : conférences, séminaires, journées d'étude, cours à l'université ou au CEGEP ou visites d'enseignants dans le milieu de travail, sont déjà largement utilisées dans les universités de Montréal et Laval et servent à l'enseignement dans les hôpitaux régionaux; ceux-ci recourent aussi avec succès, depuis deux ans, à la télévision en circuit ouvert. L'enseignement formel présente plusieurs avantages : il est facile à organiser, peu coûteux, stimule l'intérêt et rejoint les intéressés dans leur milieu de travail ou même à domicile. On doit cependant obtenir la participation active de l'auditeur.

2. — LA DÉMONSTRATION

1458. La démonstration est utilisée particulièrement pour l'enseignement technique et scientifique, qui exige manipulation d'appareils, acquisition d'habileté, etc. Destinée à des groupes plus restreints de professionnels ou de techniciens de la santé, elle requiert une participation beaucoup plus active et est remarquablement efficace. L'expérimentation en est le corollaire.

3. — LES STAGES DE PERFECTIONNEMENT

1459. Le retour des professionnels de la santé dans leur milieu de formation demeure une des meilleures formes d'enseignement continu. Les stages de perfectionnement les ramènent entièrement à l'étude et à la réflexion. Dans l'avenir, il apparaît indispensable de les offrir à tous les professionnels de la santé qui exercent dans des régions éloignées. Dans une telle éventualité, il faut prévoir un personnel compétent de remplacement durant cette période.

1460. Cette formule de perfectionnement souple, flexible et de durée variable, permet encore au stagiaire de visiter un centre d'enseignement pour une période de quelques jours avec ou sans programme organisé. Toutefois, des stages plus prolongés avec intégration complète au milieu et participation intense aux activités professionnelles valent davantage.

1461. L'évolution extrêmement rapide des connaissances scientifiques autorise à se demander si de tels stages ne doivent pas devenir obligatoires : un stage bien organisé est plus efficace qu'une série de leçons magistrales ou d'examens périodiques.

B. — L'ENSEIGNEMENT DE MISE À JOUR

1462. L'enseignement de mise à jour est un aspect de l'enseignement continu qui avantage particulièrement ceux qui ont abandonné l'exercice pendant quelques années pour des raisons familiales, sociales ou autres ; par une formation complémentaire, ils peuvent revenir à l'exercice. C'est le cas surtout des techniciens en biologie médicale ou en radiologie, des infirmières, bref, là où la main-d'œuvre féminine est prédominante.

1463. On peut dispenser l'enseignement continu, nous l'avons dit plus haut, suivant des modalités diverses ; toutefois, on doit rigoureusement organiser des programmes mieux définis, intensifs et qui donnent droit à un certificat de compétence reconnu entraînant le droit d'exercice.

C. — LA RESPONSABILITÉ DE L'ENSEIGNEMENT CONTINU

1464. La responsabilité de l'enseignement continu incombe d'abord à l'université, à l'intérieur de la faculté des sciences de la santé, mais s'étend aussi à tous les centres de santé à vocation d'enseignement, aux CEGEP et même aux écoles polyvalentes. Actuellement, aucun programme systématique d'enseignement de mise à jour pour le maintien des connaissances professionnelles n'est entrepris par les associations professionnelles ou les milieux d'enseignement. Par contre, on a tenté avec succès des efforts individuels ou isolés pour divers groupes professionnels qui en ont manifesté le désir.

1465. Par ses professeurs, l'université jouit d'une situation exceptionnelle pour l'acquisition des connaissances et l'application rapide des découvertes. Le rôle social de l'université dans la diffusion des connaissances est prépondérant, et le CHU doit faciliter l'accès aux programmes d'enseignement continu au plus grand nombre possible, avec la collaboration des CCS qui sont immédiatement accessibles à la majorité des professionnels de la région. Tous auront la possibilité d'acquérir les connaissances nouvelles indispensables à l'amélioration de l'exercice de leur profession.

1466. Les universités ont à répondre aux besoins de la région, à coordonner l'enseignement continu de niveau universitaire pour tous les professionnels de la santé : médecins, dentistes, pharmaciens, infirmières, etc., et à organiser l'enseignement de mise à jour selon les besoins des professionnels concernés.

1467. De la même manière, les écoles polyvalentes et les CEGEP ont à assumer le même rôle quant à l'enseignement continu pour les diplômés des niveaux secondaire et secondaire supérieur. Ainsi, les organismes responsables de la formation de divers types de professionnels de la santé retrouvent la responsabilité de l'enseignement continu pour ces mêmes professionnels.

1468. Quant au financement de l'enseignement continu, la Commission estime qu'il incombe aux professionnels en exercice qui en bénéficient ou encore aux établissements où ils sont en service. Le ministère de l'Éducation applique déjà ce principe dans l'enseignement continu offert par les universités et les CEGEP du Québec.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

4.XI.208. *QUE l'enseignement continu et l'enseignement de mise à jour soient accessibles à tous les professionnels de la santé.*

4.XI.209. *QUE l'enseignement continu soit la responsabilité des universités, des CEGEP ou des écoles polyvalentes, selon le niveau de formation des professionnels auxquels il s'adresse.*

III. — LES PROFESSEURS ET LES ÉTUDIANTS

1469. À l'université, l'enseignement et la recherche sont les activités premières du professeur. Toutefois, d'autres activités requièrent une part importante de son temps : direction des étudiants, participation à des comités pédagogiques, tâches administratives, travaux para-universitaires. Nous croyons qu'il en va de même pour les professeurs de sciences de la santé.

1470. Sur le plan pratique toutefois, certains problèmes se posent au professeur d'une science appliquée qui poursuit l'exercice de sa profession, s'il veut maintenir ses connaissances à jour et transmettre aux étudiants une science actuelle. Dans ce cas, il limite son activité professionnelle pour éviter qu'elle entre en conflit avec son rôle d'enseignant. La nécessité d'exercer leur profession concerne les professionnels de la santé chargés d'enseignement dans toutes les sciences de la santé : médecine, pharmacie, sciences infirmières ou, encore, dans les CEGEP, technique radiologique, technique de biologie médicale, techniques infirmières ou technique physiothérapique. Il est dangereux de confier à des personnes n'appartenant pas au milieu du travail l'enseignement des modes actuels et des formes nouvelles de soins : seul un enseignant bien intégré au milieu et en contact quotidien avec les problèmes de la santé dirige avec efficacité la formation professionnelle des étudiants.

1471. De plus, il est évident que cet enseignant doit demeurer en contact étroit avec le milieu d'enseignement : faculté des sciences de la santé ou CEGEP. Une double nomination qui émane simultanément des milieux d'enseignement et de travail (centre de santé à vocation d'enseignement) doit reconnaître le statut particulier de cet enseignant.

1472. Dans le régime de la santé que préconise la Commission, le groupement des professeurs se réalise surtout dans les CHU et, occasionnellement, dans les CCS. Les CHU assument l'enseignement et la recherche de sorte que plusieurs responsables d'une même équipe se répartissent la distribution des soins, la recherche et l'enseignement.

1473. En vue d'atteindre les objectifs de l'enseignement et de la recherche, il faut des professeurs à plein temps et à temps partiel en nombre suffisant pour partager les tâches et assurer aux étudiants une présence professorale effective. Nous considérerons rapidement le rôle des professeurs à plein temps et à temps partiel, les effectifs de l'enseignement et les étudiants.

A. — LES PROFESSEURS À PLEIN TEMPS

1474. À l'université, la majorité du corps professoral travaille à plein temps et il doit en être ainsi dans les sciences de la santé.

1475. Le professeur à plein temps vaque à des tâches d'enseignement et de recherche. En médecine clinique, l'université l'autorise à exercer dans un centre de santé tout en consacrant la majeure partie de son temps à des activités pédagogiques et scientifiques.

1476. Un premier facteur permet au professeur à plein temps en milieu hospitalier de se livrer à l'enseignement et à la recherche : la situation se présente quand le nombre de professeurs excède le minimum requis par les exigences pressantes de la distribution des soins. Le second facteur ne s'applique vraiment qu'au médecin enseignant : le traitement tient compte de sa compétence et de sa fonction plutôt que du nombre d'actes qu'il pose dans l'exercice¹. Enfin, il nous semble aussi très important que la rémunération des professeurs à plein temps soit comparable d'une faculté des sciences de la santé à l'autre et d'un CHU à l'autre.

1477. La présence d'un noyau de professeurs à plein temps est indispensable pour assurer un enseignement de qualité dans un centre de santé². Dans les CHU, la majorité du personnel enseignant est donc composée de professeurs à plein temps, formule adoptée récemment à Sherbrooke et à Laval, de même que dans bon nombre

¹ Cette exigence implique évidemment un type de rémunération qui favorise la qualité des soins, de l'enseignement et de la recherche. Voir à ce sujet le chapitre XV du présent rapport : « Les implications financières et législatives ».

² Robert H. Ebert : « The Training of the Physician », *The New England Journal of Medicine*, septembre 1964, vol. 271, N° 13, pp. 660-663.

de CHU aux États-Unis. C'est leur dispersion, croyons-nous, qui a retardé l'évolution de l'enseignement et de la recherche clinique aux universités Laval et de Montréal, alors que McGill, par contre, les a toujours groupés dans ses trois grands hôpitaux d'enseignement. Facteur non négligeable de cette politique : elle assure la qualité de l'enseignement et de la recherche et en réduit le coût.

1478. Les professeurs à plein temps doivent acquérir les connaissances pédagogiques indispensables à leur fonction d'enseignant. Comme la pédagogie, à l'instar de toutes les autres disciplines, évolue rapidement et que la fonction d'enseignant requiert une mise à jour constante des connaissances, on souhaite même que des spécialistes en pédagogie s'intègrent aux groupes de professeurs des sciences de la santé, particulièrement dans les CHU.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

4.XI.210. QU'il existe dans les centres de santé à vocation d'enseignement un noyau de professeurs à plein temps, en vue d'assurer la qualité de l'enseignement et de la recherche.

4.XI.211. QUE la majorité des enseignants dans les CHU soient à plein temps et que leur rémunération soit comparable dans toutes les facultés des sciences de la santé et dans tous les CHU.

B. — LES PROFESSEURS À TEMPS PARTIEL

1479. Le professeur à temps partiel consacre une partie limitée de son temps à l'enseignement. Il nous paraît important de préciser que nous ne considérons pas que l'enseignement des sciences de la santé incombe aux seuls professeurs à plein temps. Le nombre accru d'étudiants et la nécessité de leur inculquer le sens de leurs responsabilités sociales nécessitent, au contraire, dans le milieu de l'enseignement, la présence de professionnels en exercice.

1480. On estime de plus en plus que l'enseignement à l'université suivra un processus continu, qu'on ne peut plus restreindre celle-ci au campus, et qu'elle fera partie intégrante de la cité. Comme l'affirme William Hicks :

Tomorrow's universities will have to be innovators in the mobilization of the best of the total community talents in order to teach, do research, and serve society. The part-time academic connection undoubtedly will become more prevalent than the full-time affiliation, especially in the city where the competition for brain power is bound to intensify¹.

1481. Autant nous paraît souhaitable la participation active de professeurs à temps partiel à l'enseignement, autant nous désirons que leur activité pédagogique soit vraiment efficace. L'habitude de considérer comme activité pédagogique la visite courante des malades alités ou sur pied ne nous paraît pas acceptable. L'activité pédagogique des professeurs à temps partiel dans les centres de santé doit répondre à une norme de qualité préalablement établie par les autorités universitaires et s'exercer sous la surveillance du directeur de l'enseignement et du chef du service intéressé.

C. — LES ÉTUDIANTS

1482. Nous avons déjà mentionné la nécessité d'individualiser l'enseignement afin de mieux répondre aux besoins de l'étudiant. Ceci appelle la participation des étudiants à la consultation et aux décisions, surtout dans l'établissement de leur programme d'études. Il importe de connaître l'opinion des étudiants, les difficultés que leur pose l'organisation de leurs études et de leurs travaux de recherche, de même que les solutions qu'ils entrevoient eux-mêmes à ce genre de difficultés. En plus de créer un climat réciproque de respect et de confiance, le dialogue entre professeurs et étudiants doit dépasser la consultation et s'étendre aux décisions mêmes. La Commission estime donc avantageux que les étudiants assument leur part de responsabilité dans la solution des problèmes que pose l'évolution de l'enseignement et de la distribution des soins.

1483. Autre facteur à ne pas sous-estimer : la difficulté qu'éprouvent les étudiants à intégrer dans l'exercice de leur profession les connaissances acquises au cours de leurs premières années d'université. Un fossé peu facile à combler existe entre les connaissances acquises en biologie et leur application à des cas concrets rencontrés dans la pratique. Cet écart peut être diminué en familiarisant l'étudiant avec les problèmes personnels et sociaux qu'engendre la maladie. Une pédagogie axée sur l'homme autant que sur la science médicale active l'apprentissage de la responsabilité professionnelle en présentant l'acquisition de la science médicale comme un processus continu à renouveler sans cesse.

¹ Extrait de : « The Shape of the Future in American Higher Education » dans *Campus 1980*, A. C. Evrich Delacarte Press, New York, 1968, p. 62.

1484. L'objet premier de la santé est la personne humaine et cette préoccupation inspire toutes les méthodes d'enseignement : les problèmes du malade diffèrent selon l'âge, la nature de la maladie, le contexte familial et social et les handicaps physiques et psychiques propres à chaque cas particulier.

IV. LES CENTRES D'ENSEIGNEMENT PRATIQUE

1485. Les établissements communs aux étudiants des sciences de la santé des divers niveaux d'études sont le CHU, le CCS et le CLS. Si la formation de base s'acquiert à l'école polyvalente, au CEGEP ou à l'université, c'est dans l'un ou l'autre de ces centres de santé que l'étudiant reçoit son initiation à la responsabilité professionnelle et au contact personnel avec le malade. Les travailleurs de la santé, les techniciens et les professionnels n'accroissent vraiment leur compétence que dans les centres de santé où ils sont en contact avec les malades, participent au travail de l'équipe de la santé et partagent des responsabilités. Le stage dépasse donc de beaucoup la simple mise en pratique de notions théoriques ; il devient un apprentissage professionnel réel.

1486. Les centres de santé à vocation d'enseignement possèdent, en plus de la présence des malades, l'avantage unique d'une collaboration, dans un milieu commun, de tous les travailleurs et professionnels de la santé, praticiens et professeurs, et constituent par le fait même des centres de formation plus complets que les CEGEP et les facultés d'où proviennent les étudiants. La qualité des soins donnés dans les centres de santé reflète nécessairement celle de l'enseignement pratique qu'y reçoivent les étudiants en pharmacie, les techniciens en biologie médicale et en radiologie, les élèves infirmières et les diététiciennes et autres.

1487. Examinons brièvement chacun des centres de formation pratique des divers professionnels de la santé : le CHU, le CCS et le CLS.

A. — LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU)

1488. Le CHU est un centre de santé où des fonctions majeures d'enseignement et de recherche s'ajoutent à la distribution des soins. La Commission estime que la reconnaissance d'un CHU par l'université et l'ORS suppose la réalisation d'un ensemble de conditions préalables, si l'on veut qu'ils partagent tous la même philosophie et s'accordent mutuellement une collaboration réelle et efficace. On réalise ces conditions par la présence dans le CHU :

- 1° d'au moins quatre représentants de l'université au sein de la corporation et du conseil d'administration;
- 2° de chefs de services nommés en collaboration par le conseil d'administration du centre et l'université;
- 3° d'un directeur de l'enseignement et d'un directeur de la recherche;
- 4° de professeurs à plein temps dont le nombre et les qualités et titres respectent les normes de l'université;
- 5° de ressources matérielles suffisantes pour réaliser les objectifs poursuivis.

1489. Les CHU deviennent les principaux endroits de formation des étudiants des deuxième et troisième cycles d'études universitaires en médecine. C'est là que le bachelier en sciences de la santé acquiert sa formation professionnelle en vue du soin global du malade; il prend conscience des problèmes de santé dans leur ensemble et il apprend à apporter des solutions qui découlent des connaissances et des découvertes scientifiques. De plus, il se familiarise avec les facteurs sociaux qui influencent la pathologie et perçoit l'importance des mesures préventives.

1490. Au Québec, plusieurs hôpitaux d'enseignement reçoivent un nombre d'étudiants qui dépasse parfois le nombre des malades hospitalisés. Il suffit de faire la somme des étudiantes infirmières, des externes et internes, des résidents des différentes spécialités, des stagiaires en radiologie, en biologie médicale, en réadaptation ou en diététique, des étudiants en pharmacie, des auxiliaires en soins infirmiers, des dentistes résidents, des travailleurs sociaux et des stagiaires en archives médicales, pour en arriver à un nombre imposant d'étudiants dans un même centre.

1. — LES SOINS

1491. Le CHU doit offrir des soins de la plus haute qualité, responsabilité primordiale de tout centre de santé, mais plus encore des soins complets selon les objectifs d'une véritable politique de la santé et aux niveaux décrits antérieurement, soit les soins généraux, spécialisés et ultraspecialisés.

1492. À cette fin, chacun des CHU englobe des CLS où les futurs professionnels de la santé reçoivent un enseignement pratique et ont l'occasion de travailler au sein d'équipes multidisciplinaires

chargées d'assurer aux familles d'un secteur défini des soins complets, allant de l'éducation sanitaire, destinée à maintenir la santé et à dépister les maladies dès les premiers symptômes, jusqu'aux soins de réadaptation à domicile.

1493. Le CHU est aussi un centre de soins spécialisés et ultraspécialisés pour les malades externes et les malades hospitalisés. La présence de professeurs à plein temps, de scientifiques médicaux et d'étudiants du troisième cycle favorise le développement d'équipes ultraspécialisées et multidisciplinaires qui sont à l'avant-garde dans leur domaine.

2. — L'ENSEIGNEMENT

1494. Le CHU est le principal centre de formation des professionnels de niveau universitaire. C'est dans ses cadres qu'on organise les stages pour les étudiantes en sciences infirmières, en pharmacie, en psychologie clinique, en travail social médical, en diététique, sous la responsabilité des départements universitaires correspondants. Pour les étudiants en médecine des deuxième et troisième cycles, il devient leur principal lieu de travail et de formation. Le CHU est responsable de la mise en application des programmes d'études dans les diverses spécialités.

3. — LA RECHERCHE

1495. En raison de la présence de professeurs, de scientifiques médicaux et de chercheurs en sciences de base, le CHU est un foyer vivant de la recherche biologique appliquée à l'homme. La distinction entre recherche clinique et recherche pure s'amenuise de plus en plus : les scientifiques médicaux du CHU déterminent eux-mêmes le type de recherche pour lequel ils sont le mieux préparés. La présence de scientifiques est essentielle au maintien de la qualité de la recherche dans l'hôpital.

1496. Le CHU a des responsabilités dans le développement de la recherche épidémiologique, car à l'aide de données démographiques et épidémiologiques, on peut mesurer de façon plus précise l'état de santé de la population.

1497. Les CHU doivent poursuivre aussi des recherches sur les modes de distribution des soins à partir des indices épidémiologiques : il leur appartient d'étudier les modes de distribution des soins, l'évaluation des besoins de la population, la demande de soins et tout autre problème lié à la qualité des soins et à l'efficacité du régime de la santé.

1498. Ce rôle des CHU est probablement le plus négligé actuellement dans notre milieu. Signalons ici les travaux effectués dans ce domaine à l'Université de Sherbrooke par le Département de médecine sociale et préventive.

B. — LE CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ (CCS)

1499. En plus de leur rôle prépondérant dans la distribution des soins à la population, les CCS ont une responsabilité pédagogique envers les techniciens et les professionnels de la santé. Vu la diversité et le nombre des professionnels de la santé qui ont besoin de faire des stages, on pense que plusieurs CCS assumeront des responsabilités d'enseignement et seront liés par contrat avec l'université pour remplir leur rôle complémentaire dans l'enseignement.

1500. Par sa faculté des sciences de la santé, l'université doit préciser le rôle d'enseignement d'un centre communautaire et l'officialiser par un contrat qui engage sa collaboration avec le CHU. La participation à l'enseignement et à la recherche peut varier considérablement d'un CCS à l'autre.

C. — LE CENTRE LOCAL DE SANTÉ (CLS)

1501. Le CLS est l'unité de base du régime de la santé. Certains centres participeront à l'enseignement, après entente à cette fin avec les CHU. Nous avons suffisamment insisté sur l'importance d'enseigner une médecine globale, et ceci implique la participation des CLS. Il faut bien se rendre compte que les échanges d'étudiants, les visites d'enseignants, les stages des professionnels du centre local au CHU sont de nature à améliorer la qualité et l'efficacité des soins aux individus, tant au point de vue de l'intégration des nouveautés techniques que de la revalorisation des techniciens et des professionnels de la santé.

1502. L'organisation de l'enseignement au niveau des CHU, CCS et CLS forme, avec la faculté des sciences de la santé, un réseau qui favorise la mobilité des étudiants, des enseignants et des chercheurs. Ce mouvement des étudiants et du personnel permet d'utiliser de façon optimale les ressources des différents niveaux de soins pour la formation du personnel professionnel et technique et pour l'enseignement continu; ainsi, tout cela s'impose comme une excellente garantie de l'amélioration constante de la qualité des soins à l'intérieur du régime de la santé.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

4.XI.212. QUE l'université, par sa faculté des sciences de la santé, soit responsable de l'élaboration et de l'approbation des programmes d'études, de l'établissement et du contrôle des normes d'enseignement clinique.

4.XI.213. QUE les CHU, reconnus comme tels par l'université après entente avec l'ORS, soient considérés comme responsables de l'organisation, de la coordination et de la mise en application des programmes de l'enseignement clinique des sciences de la santé.

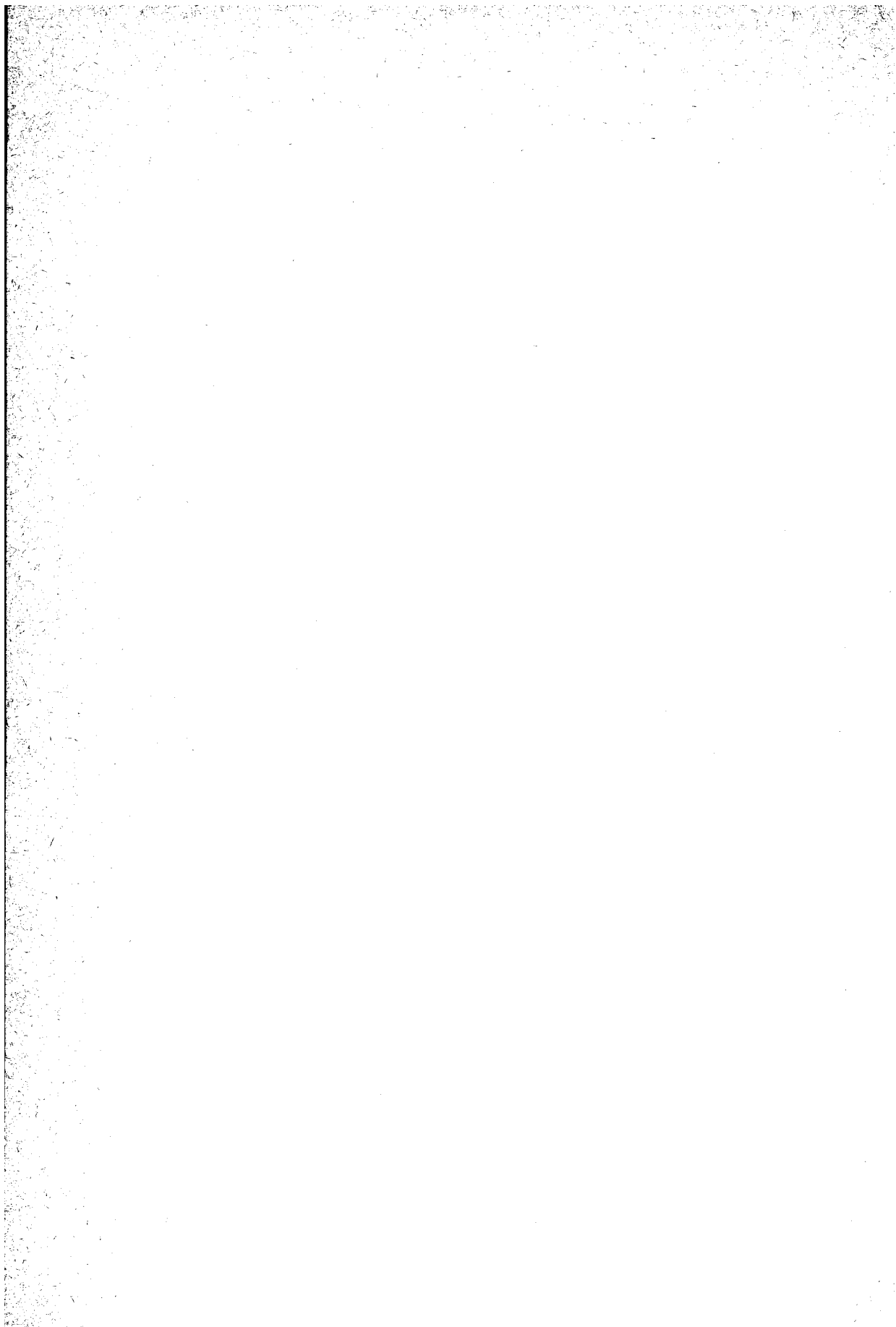
4.XI.214. QUE l'enseignement des sciences de la santé persuade l'étudiant de la nécessité d'exercer une médecine globale au sein d'une équipe, et que le CLS soit utilisé à cette fin.

4.XI.215. QUE le ou les CHU de la région soient parties à l'entente, de telle sorte que la collaboration des CCS avec le CHU soit assurée dans la poursuite des objectifs de l'enseignement.

CONCLUSION

1503. Nous nous sommes efforcés de décrire un système d'enseignement accessible, souple, cohérent et complet. Bien loin de le voir s'établir et se développer parallèlement aux structures de l'enseignement général au Québec, nous le voulons, au contraire, totalement intégré à tous ses niveaux, et le ministère de l'Éducation doit y exercer le même rôle qu'il remplit dans les autres secteurs de l'enseignement.

1504. Puisqu'il est universellement admis que la recherche conditionne la qualité de tout enseignement, la Commission consacre le chapitre qui suit à la situation de la recherche dans le domaine de la santé au Québec.



Appendice XI.1

**Arrêté en conseil no 2624 du 14 août 1968
concernant la formation d'un comité d'étude
des professions auxiliaires de la santé**

ARRÊTÉ EN CONSEIL
CHAMBRE DU CONSEIL EXÉCUTIF

Numéro 2624

14 août 1968

PRÉSENT :
Le lieutenant-gouverneur en conseil

CONCERNANT la formation d'un comité d'étude
des professions auxiliaires de la santé

ATTENDU QU'il est devenu nécessaire d'identifier et d'inventorier les différentes professions auxiliaires de la santé et de déterminer les besoins du Québec dans ce domaine;

ATTENDU QU'il est également nécessaire de déterminer le champ d'action, les responsabilités et les privilèges de chacune de ces professions, d'organiser au niveau universitaire, au niveau des CEGEP et au niveau secondaire le genre d'enseignement et de formation qui leur convient et d'indiquer les différents modes d'assistance financière qui pourront être mis à la disposition des étudiants;

ATTENDU QU'à ces fins, il y a lieu de former un comité d'étude des professions auxiliaires de la santé;

IL EST ORDONNÉ, en conséquence, sur la proposition du ministre de la Santé et du ministre de l'Éducation :

QU'un comité d'étude des professions auxiliaires de la santé soit formé dont le mandat sera de faire des recommandations au lieutenant-gouverneur en conseil sur les matières suivantes, à savoir :

Première partie :

a) identifier et inventorier les différentes professions auxiliaires de la santé et déterminer les besoins du Québec dans ce domaine;

b) déterminer comment seront désignés les représentants des différentes professions auxiliaires de la santé qui pourront être invités au comité pour aider celui-ci à accomplir la deuxième partie de son mandat;

Deuxième partie :

a) définir les fonctions de travail et déterminer les responsabilités, les champs d'action et les privilèges des professions auxiliaires de la santé;

b) indiquer le niveau de formation requis pour les différentes fonctions de travail définies en (a) et pour l'exercice de ces professions et prévoir l'intégration des membres de ces différentes professions;

c) prévoir les programmes-cadres de l'enseignement au niveau universitaire, au niveau des CEGEP et au niveau secondaire pour chacune desdites professions le cas échéant;

d) définir les qualifications du personnel enseignant;

e) établir un programme d'enseignement dans les différentes régions de la province suivant les besoins de chacune;

f) déterminer comment l'intégration des écoles existantes pourra être faite;

g) indiquer les différents modes d'assistance financière qui pourront être mis à la disposition des étudiants;

QUE pour la première partie de son mandat, le Comité soit composé d'un représentant désigné respectivement par les organismes suivants :

pour le ministère de la Santé : Dr Roger Dufresne, Sherbrooke;

pour le ministère de l'Éducation : Frère Hormidas Gélinas, directeur général des CEGEP de Ste-Foy;

pour les universités du Québec : Dr Georges Bergeron, université Laval de Québec;

pour le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec : Dr Yves Lebœuf, Montréal;

Association des Hôpitaux : Dr André Pothier, Trois-Rivières;

QUE lesdits représentants devront élire un président et un secrétaire du comité;

QUE le Comité établisse les relations nécessaires avec la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social pour les fins de son travail;

QUE le Comité soit tenu, lorsqu'il en sera requis par le lieutenant-gouverneur en conseil, ou au fur et à mesure que l'état de ses travaux le permettra, de faire rapport de ses constatations, opinions et recommandations au lieutenant-gouverneur en conseil;

QUE le Comité soit tenu de faire un rapport au lieutenant-gouverneur en conseil sur la première partie de son mandat avant le 1^{er} décembre 1968;

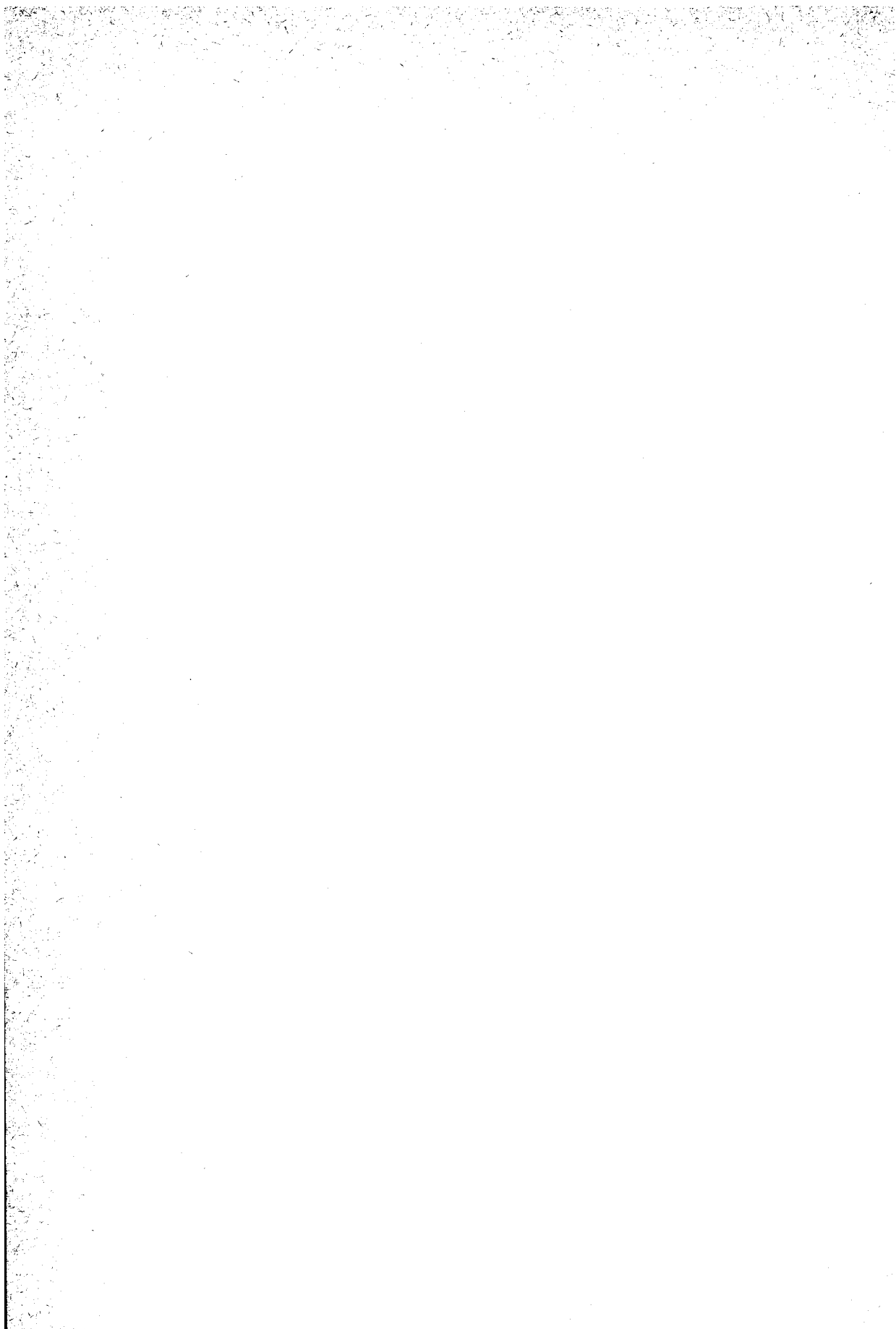
QUE le Comité soit tenu de faire un rapport au lieutenant-gouverneur en conseil sur la deuxième partie de son mandat avant le 1^{er} avril 1969.

D. Tanguay

Greffier Adjoint du Conseil Exécutif

XII

La recherche dans le domaine de la santé



La recherche dans le domaine de la santé

INTRODUCTION

1505. Dans la mesure où la société se rend compte que la recherche contribue à la réalisation de ses objectifs économiques et sociaux, elle n'hésite pas à concrétiser son intérêt par un soutien matériel accepté et entier. C'est ce qui explique la faveur des travaux de recherche, qui se sont multipliés au cours de ces dernières années en dépit de leur coût sans cesse croissant.

1506. Deux faits caractérisent l'évolution actuelle de la recherche : l'importance grandissante de projets interdisciplinaires et l'utilisation d'un matériel complexe et coûteux nécessaire à certains travaux¹. Cela est particulièrement vrai dans le domaine de la santé, où les coûts augmentent très rapidement.

1507. Si les sociétés s'y intéressent beaucoup, c'est que, en plus d'enrichir la vie intellectuelle, la recherche modifie de façon importante le développement de la société et présente des avantages économiques évidents : directement ou indirectement, elle prépare et favorise la croissance économique.

1508. À cause du caractère indirect, souvent imprévisible et sans cesse élargi de la contribution de la recherche, il est difficile pour une collectivité d'en déterminer la place dans l'échelle des priorités. Si l'on se réfère aux seuls résultats immédiats, il n'existe peut-être pas de besoin minimum de recherche au niveau d'une société : la rapidité avec laquelle elles se transmettent permet aux nouvelles connaissances d'être largement diffusées et mises à profit. Mais, sans doute n'existe-t-il pas non plus de maximum, si ce n'est celui que déterminent, à court terme, les disponibilités en ressources humaines et financières et, à long terme, les besoins concurrents de la société.

1509. Jusqu'à tout récemment, la politique de recherche se contentait d'encourager la formation de chercheurs compétents dans n'importe quelle discipline et dans la réalisation de projets de qualité. De plus en plus, toutefois, à cause de l'inégalité des rendements de la recherche et de leurs risques plus ou moins grands, la plupart des pays, surtout ceux aux faibles ressources humaines et financières,

¹ Conseil des sciences du Canada : *Le soutien de la recherche universitaire par le gouvernement fédéral*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, septembre 1969, rapport N° 5.

choisissent, entre toutes les possibilités, les domaines de la recherche appliquée et, parmi ceux-là, les plus rentables.

1510. Ainsi en est-il dans le domaine de la santé. Le désir de soins de haute qualité et les résultats obtenus au cours des vingt dernières années dans la découverte de nouveaux traitements activent considérablement l'injection de fonds de recherche dans ce secteur. On reconnaît généralement qu'en plus d'accroître les connaissances médicales, la présence de chercheurs dans les hôpitaux d'enseignement exerce une influence bénéfique sur la qualité des soins fournis aux malades.

1511. Mais cette qualité n'est pas le seul facteur susceptible d'améliorer l'état de santé de la population. La découverte de méthodes de prévention et de dépistage de la maladie, de même que la nécessité de mettre les soins à la portée de tous ceux qui en ont besoin constituent des motifs tout aussi valables, et la recherche dans le domaine de la santé les a plutôt négligés jusqu'à présent.

1512. S'il est vrai que la recherche constitue un atout très important dans la formation des spécialistes de la santé, les universités, premières responsables de cette formation, y recourront, en particulier en favorisant pour les étudiants le contact constant avec les milieux et les disciplines de la recherche et en les sensibilisant aux avantages à retirer des résultats qu'elle a obtenus dans leurs murs ou ailleurs. La présence de chercheurs compétents et, pour certains, éminents, incite au plus haut point les candidats les plus prometteurs à poursuivre des études avancées.

1513. Les facultés de médecine sont en général, dans le monde universitaire, celles qui font la plus grande place à la recherche comme élément indissociable de la formation des étudiants. Cette situation découle, il faut le reconnaître, de l'importance accordée à la santé des individus et des collectivités par les gouvernements et de la relative facilité avec laquelle la médecine en tire profit pour obtenir des fonds de recherche. À cela s'ajoute, bien entendu, la formation très spécialisée qu'on exige du médecin. En fait, les étudiants en médecine du premier cycle constituent moins de 50 pour cent du total des étudiants dans les facultés et les hôpitaux du Canada comme des États-Unis. Par contre, la recherche médicale pure et clinique constitue à peu près le seul type de recherche effectué actuellement dans le domaine de la santé. Or, il faut soutenir la politique de la santé préconisée par la Commission par une recherche plus directement orientée vers des modes de distribution des soins appuyés et enrichis par l'apport de toutes les disciplines de la santé.

1514. L'évolution des problèmes de santé, la nouvelle conception du rôle des médecins et de la distribution des soins, les changements qui s'ensuivent dans le contenu de la formation médicale multidisciplinaire et l'intégration de l'enseignement des sciences de la santé militent en faveur d'une réorientation de la recherche dans les sciences de la santé. On ne peut plus, en effet, considérer la recherche pure et la recherche clinique comme les seuls éléments de recherche dans les facultés des sciences de la santé.

1515. La nécessité d'élargir le concept de la recherche dans les sciences de la santé apparaît de façon encore plus nette, lorsqu'on adopte le point de vue selon lequel la recherche universitaire contribue aux objectifs de la société. Ce point de vue, qui n'est pas sans soulever une certaine opposition de la part des universités, est défendu dans une étude réalisée pour le Conseil des sciences du Canada et le Conseil des Arts du Canada :

Pour commencer, il est évident que l'université doit bénéficier de l'aide de la société tout entière. Mais, à son tour, l'université doit mettre ses ressources au service de la société. Il n'existe aucune autre façon de procéder dans le monde d'aujourd'hui. L'urgence des grands problèmes auxquels la société doit faire face, l'objectivité des universités exemptes de tout parti pris ou de toute attache politique, la richesse des ressources humaines dans les universités et le fait que, pour longtemps, aucune autre institution ne sera en mesure de relever le défi sont autant de raisons péremptoires pour affirmer que les universités doivent être souples et prêtes à rendre service lorsque les circonstances s'y prêtent ¹.

1516. Cette contribution de l'université doit s'étendre à l'ensemble des problèmes de santé et s'appliquer à la solution des plus importants d'entre eux.

1517. Dans cette optique, nous croyons nécessaire d'établir un équilibre raisonnable entre les trois types de recherche suivants :

1° la recherche épidémiologique, qui a pour but de dépister des maladies au sein de la population et d'identifier les facteurs qui déterminent leur apparition. Une telle recherche est indispensable à la connaissance de l'état de santé de la population et à l'élaboration d'une politique de la santé;

2° la recherche opérationnelle, qui s'attache à l'étude de l'organisation du régime de la santé et dont les résultats permettent

¹ Extrait de : J. B. Macdonald et al. : *Le gouvernement fédéral et l'aide à la recherche dans les universités canadiennes*, étude réalisée pour le Conseil des sciences du Canada et le Conseil des Arts du Canada, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1969, (Études spéciales N° 7), p. 12.

au régime de se rapprocher davantage des objectifs poursuivis ;

- 3° la recherche pure et clinique qui élargit le champ des connaissances scientifiques et thérapeutiques et contribue puissamment à la formation des professionnels de la santé.

1518. Dans le présent chapitre, nous considérons successivement la situation actuelle et la nécessité des trois types de recherche : épidémiologique, opérationnelle, pure et clinique. Puis, nous essaierons de formuler une politique de recherche sur la santé au Québec.

I. — LA RECHERCHE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ¹

1519. La recherche épidémiologique est encore peu développée au Québec et au Canada ; aussi, est-il nécessaire d'en définir brièvement l'objectif et le contenu.

1520. L'objectif de toute recherche sur les besoins de santé d'une population est d'améliorer les connaissances, en vue de formuler une politique rationnelle de la santé et de l'appliquer efficacement. En effet, lorsqu'on vise à la promotion de la santé et non plus seulement, comme c'est le cas présentement, à la distribution des soins au malade, des choix d'un ordre différent s'imposent. Il ne s'agit plus de répondre uniquement à la demande de soins curatifs et d'en prévoir le développement, mais également de remédier aux disparités dans l'état de santé de la population et d'universaliser véritablement l'accès aux soins.

1521. Une connaissance suffisamment éclairée de la présence des maladies au sein d'une population permettra de choisir de façon rationnelle des objectifs précis pour une politique de la santé, de répondre aux besoins des malades, d'abaisser le taux de morbidité dans le cas d'affections déterminées contre lesquelles la lutte apparaît prioritaire et, enfin, d'améliorer l'état de santé d'une partie donnée de la population, particulièrement défavorisée. Les conditions du milieu influencent considérablement l'état de santé de ces groupes.

1522. Pour l'orientation du régime comme pour l'évaluation de son efficacité et de la qualité des soins, des essais de définition

¹ On inclut également dans la recherche épidémiologique les programmes de recherche en hygiène publique et en hygiène du travail, de même que les programmes relevant de la médecine sociale ou reliés aux aspects préventifs de l'activité médicale.

d'une politique de la santé pour le Québec attirent l'attention sur l'utilité :

- 1° de connaître les maladies prédominantes dans la population à partir du taux de mortalité qu'elles comportent ou de celui de la morbidité qu'elles entraînent ;
- 2° d'identifier les facteurs qui favorisent ou retardent l'apparition des maladies, ainsi que les individus ou les groupes les plus vulnérables ; et
- 3° de dénombrer les nouveaux individus atteints chaque année (incidence), les individus malades à un moment donné (prévalence) et enfin les groupes de population plus particulièrement touchés par ces maladies.

1523. L'épidémiologie, science consacrée à l'étude de la présence des affections morbides dans la population et des facteurs qui la déterminent, permet donc d'étudier ces maladies selon des critères chronologiques, géographiques et socioprofessionnels et d'évaluer les besoins de divers types de soins.

1524. Au Québec, d'excellents travaux se poursuivent dans ce domaine au Département d'épidémiologie et de la santé de l'université McGill et à l'Institut de microbiologie et d'hygiène de l'Université de Montréal. Un nouveau département de médecine sociale et préventive, créé à l'Université de Sherbrooke, a des programmes de recherche en cours dans ce domaine. Mais la recherche épidémiologique demeure relativement peu développée et les publications dans ce secteur sont encore peu nombreuses.

1525. Selon le tableau XII.1 qui répartit les subventions de recherche attribuées par les principaux organismes intéressés à des universitaires du Québec, entre la recherche pure et clinique, la recherche opérationnelle et la recherche épidémiologique, environ 8 pour cent des subventions vont au secteur de la recherche épidémiologique. Par sa politique de subventions aux programmes d'hygiène, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social est le principal pourvoyeur de fonds¹.

¹ Selon le rapport annuel du ministère de la Santé du Québec pour 1967, les subventions à la recherche accordées par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, en vertu des programmes à frais partagés de santé publique et d'hygiène, s'élèvent à \$787,484. Toutefois, seulement 60 pour cent de ces sommes aident des projets de recherche épidémiologique. Voir à ce sujet : *Rapport annuel du ministère de la Santé, 1967*, Éditeur officiel du Québec, Québec, 1968, p. 177.

TABLEAU XII.1

Répartition suivant le type de recherche — épidémiologique, opérationnelle et pure — des subventions accordées à des chercheurs du Québec pour l'année universitaire 1967-68*

<i>Organismes</i>	<i>Subventions totales \$</i>	<i>Recherche épidémiologique \$</i>	<i>Recherche opérationnelle \$</i>	<i>Recherche pure et clinique \$</i>
1. Medical Research Council	4,926,000			4,926,000
2. Québec — Conseil de la recherche médicale	250,000			250,000
3. Ministère de la Santé nationale	794,242	567,778	23,650	202,814
4. Defence Research Board	142,400	2,500		139,900
5. Department of Veteran Affairs	92,294	6,179		86,115
6. Canadian Arthritis & Rheumatism Society	26,775			26,775
7. National Cancer Institute of Canada	403,620			403,620
8. Heart Foundations	227,040	2,000		225,040
9. Muscular Dystrophy Association of Canada	105,028			105,028
10. Canadian Mental Health Association	30,000			30,000
11. The Canadian Tuberculosis Association . .	58,610			58,610
12. Alcoholism & Drug Addiction Research Foundation	nil			nil
13. Multiple Sclerosis Society of Canada	39,500			39,500
14. Canadian Foundation for the Advancement of Therapeutics	45,213			45,213
15. Canadian Cystic Fibrosis Foundation . . .	23,115			23,115
16. Canadian Association for the Mentally Retarded	27,859	12,850		15,000
	\$7,191,687 = 100%	591,307 = 8.2%	23,650 = 0.3%	6,576,730 = 91.5%

Source : Données colligées à partir de nos propres recherches.

* Ces chiffres datent quelque peu mais nous les donnons ici à dessein de manière à nous conformer aux données statistiques disponibles qui ont servi à l'étude sur la recherche médicale que la Commission publie en annexe. Néanmoins, les données pour l'année universitaire 1969-70 n'indiquent que peu de changement dans la répartition des fonds de recherche si ce n'est que la recherche pure et clinique prend une importance encore plus grande (97.1%) par rapport à la recherche épidémiologique (2.8%) et à la recherche opérationnelle (0.1%).

1526. La situation de la recherche épidémiologique par rapport aux autres types de recherche est à peu près la même pour l'ensemble du Canada. Le Conseil des recherches médicales du Canada ne contribue pas, à l'heure actuelle, de façon importante aux efforts de recherche des départements de médecine préventive. Le rapport du Conseil signale que le financement de la recherche dans ce secteur est très déficient ¹.

1527. L'objectif de la recherche sur les besoins de santé de la population du Québec est d'améliorer les connaissances qui conduisent à l'orientation de la politique de la santé, aux niveaux régional et central.

1528. Comment peut-on mesurer le niveau de santé d'une population entière de manière à fixer des objectifs et à mesurer les progrès réalisés ? Compte tenu des investissements actuels dans le domaine de la santé et de la portion importante du budget qu'ils représentent, il apparaît primordial d'en supputer la nécessité et, dans l'affirmative, d'en interroger les résultats.

1529. Au Québec comme dans la plupart des pays industrialisés, les maladies contagieuses ont presque complètement disparu et les problèmes de santé publique ont changé. Les maladies chroniques ont pris de plus en plus d'importance, tant par leur taux de mortalité que par celui de leur morbidité ². Comme leur nom l'indique, elles sont de très longue durée et nécessitent des soins prolongés. Les problèmes multiples soulevés par leur augmentation continue nous ont appris que, pour élaborer des programmes de soins, il importe de connaître le nombre de personnes malades, le genre de soins que requiert leur état et le degré d'incapacité qu'entraînent certaines maladies, bref leur taux de morbidité, beaucoup plus que celui de mortalité. Nous avons encore peu de moyens d'établir les taux de morbidité au Québec pour l'ensemble de la population, car les données actuelles se limitent aux taux de mortalité et de morbidité hospitalière.

1530. Les épidémiologistes et les statisticiens de la santé cherchent à combler les lacunes des données actuelles. Dans les nombreuses tentatives faites pour évaluer l'incidence totale des maladies aiguës et chroniques, des traumatismes et des incapacités, ils ont recours

¹ Conseil des recherches médicales du Canada : *L'état actuel et l'avenir de la recherche médicale au Canada*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1968, rapport N° 2, p. 243. Selon ce rapport, les membres des départements de médecine préventive des facultés de médecine du Canada ont reçu, cette année-là, \$1,500,000 destinés à la recherche.

² Voir l'appendice I intitulé : « Morbidité hospitalière dans les hôpitaux du Québec en 1966, par régions économiques », de l'annexe 3 de notre rapport.

aux sources d'information suivantes : recensements, relevés de l'état de santé de la population, dossiers de santé, rapports spécifiques, enquêtes particulières, registres spéciaux¹. Ce sont là les six principales sources d'information indispensables à l'évaluation et à l'orientation du régime de la santé.

1531. En relation avec les problèmes de la politique de la santé au Québec, un relevé permanent sur l'état de santé de la population résumerait les faits essentiels, clarifierait certains facteurs qui y sont associés² et même quantifierait certains des facteurs qui déterminent la répartition des maladies, par exemple, la relation entre un état de santé déficient et un revenu insuffisant. De l'avis de la Commission, le ministère de la Santé doit faire ce relevé.

1532. Nous l'avons déjà mentionné, les renseignements disponibles au Québec concernent la morbidité hospitalière et les taux de mortalité. Or, comme le signalent certains auteurs³, neuf personnes seulement sur 1,000 sont hospitalisées au cours d'un mois. Cela signifie qu'il faut obtenir la majorité des renseignements nécessaires d'autres sources : cabinets de médecin, services externes des hôpitaux, « unités sanitaires » et services de soins à domicile.

1533. Pour y parvenir, il faut un dossier de santé unique et un système de classification uniforme. Celui qu'emploie l'Organisation mondiale de la santé pour la classification des maladies et des causes de décès semble le plus susceptible d'être accepté par tous et de donner des renseignements comparables à ceux qu'on obtient dans d'autres régions ou pays⁴.

1534. Comme le fait remarquer un auteur anglais⁵, un système de recoupement des données de santé pour une personne et même pour une famille devient aussi nécessaire à la médecine, dans la deuxième partie du XX^e siècle, que l'ont été l'enregistrement des décès et la déclaration des maladies infectieuses, au cours du XIX^e siècle.

¹ Voir à ce sujet le chapitre IX du présent volume : « L'évaluation de la qualité des soins et de l'efficacité du régime de la santé ».

² *Ibid.*

³ Kerr L. White : « Patterns of Medical Practice » dans Duncan W. Clark et Brian MacMahon, édit. : *Preventive Medicine*, Little, Brown and Company, Boston, 1967, p. 859.

⁴ Organisation mondiale de la santé : *Statistiques sanitaires*, Troisième rapport du Comité d'experts des statistiques sanitaires. O. M. S., Genève, 1952, (Série de rapports techniques N° 53).

⁵ C. D. Acheson : « Linkage of Medical Records », *British Medical Bulletin*, septembre 1968, vol. 24, N° 3, pp. 206-209.

1535. L'avènement de l'informatique fournit les instruments nécessaires à cette compilation et permet, en plus, l'usage de fichiers pour une ou plusieurs maladies à l'échelle régionale du territoire. La médecine préventive et curative évolue rapidement : conçue de façon dynamique, la planification des programmes de santé doit donc prévoir des structures intrinsèques, tels les fichiers, instruments de contrôle essentiels dans le régime de la santé, pour évaluer l'efficacité des programmes actuels. Elle doit aussi introduire dans le régime des moyens de recherche épidémiologique, en vue d'étudier les nouveaux besoins.

II. — LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE ¹

1536. Le régime de la santé est complexe et comprend un grand nombre de sous-systèmes. Il n'existe à peu près aucun critère scientifique absolu qui serve de base aux décisions dans son organisation. Pourtant, la planification des soins et la réalisation des objectifs d'accès, de qualité et d'efficacité exigent une allocation rationnelle des ressources. Le domaine de la santé souffre d'un retard marqué au point de vue de la coordination et de l'application des méthodes modernes de gestion : il a un impérieux besoin de la recherche opérationnelle ².

1537. Grâce aux méthodes utilisées en recherche opérationnelle, comme l'analyse des systèmes et la simulation à partir de modèles théoriques, il est possible d'étudier le régime de la santé comme un tout, en fonction de son objectif ultime, qui est l'amélioration de l'état de santé de la population. Les diverses techniques de recherche opérationnelle introduisent dans l'analyse des variables stratégiques ainsi que leurs interrelations, tels les effectifs, l'équipement, les taux

¹ La recherche opérationnelle est née sous cette appellation en Grande-Bretagne et aux États-Unis pendant la Seconde Guerre mondiale et fut appliquée à l'étude des problèmes militaires. Sitôt la guerre terminée, la méthode, expérimentée jusqu'alors par les conseillers militaires, est utilisée à des fins d'organisation dans l'industrie et le commerce, notamment dans les programmes aérospaciaux, l'industrie automobile et le système d'enseignement aux États-Unis. Voir à ce sujet : R. Favre, J. P. Boss, A. LeGarff : *La recherche opérationnelle*, Presses universitaires de France, Paris, 1967, pp. 7-10, (Que sais-je ? N° 941).

² La recherche opérationnelle se veut une analyse scientifique des phénomènes d'organisation. À l'aide de modèles théoriques tirés des mathématiques, de la statistique, de l'économie, etc., elle vise vraisemblablement à trouver les solutions à des problèmes. Au plan pratique, elle cherche à optimiser une fonction définissant les objectifs poursuivis (*objective function*), tout en respectant les contraintes inhérentes à toute prise de décision. La complexité des problèmes abordés et la nature des méthodes adoptées nécessitent généralement l'emploi d'ordinateurs.

de morbidité et de mortalité, les facteurs psychologiques, sociaux et économiques, en vue d'influencer les choix favorisant un rendement optimum¹.

1538. Le développement de la recherche opérationnelle au Québec contribuera à évaluer et à planifier le régime de la santé, mais pour y appliquer ces techniques nouvelles, on devra constituer des équipes multidisciplinaires. Parce qu'ils comportent des aspects variés, il est indispensable de faire participer à l'analyse des problèmes un grand nombre de spécialistes : mathématiciens, ingénieurs professionnels de la santé, administrateurs, sociologues, etc.

1539. En retournant au tableau de répartition des subventions de recherche provenant des principaux organismes d'aide à la recherche sur la santé (tableau XII.1), on constate que la recherche opérationnelle est absente de nos centres d'enseignement. Les services de recherche des ministères exécutent eux-mêmes ou commanditent certains travaux, mais les fonds alloués à cette fin sont minimes si on les compare au budget total de la santé et à ceux qui sont consacrés à la recherche sur la santé.

1540. D'autre part, l'étude de l'ensemble du régime de la santé demeure un défi à relever. Les expériences en ce sens ne font que débiter dans divers pays et des modèles ont été construits en vue d'en étudier le fonctionnement et l'efficacité².

1541. Jusqu'à maintenant, la recherche opérationnelle sert à étudier beaucoup plus les sous-systèmes de distribution des soins et d'administration des services que l'ensemble du régime. Ces sous-systèmes se subdivisent en trois groupes principaux :

- 1° les sous-systèmes responsables des entrées dans le système, comme l'admission des malades, le service du personnel, le service des achats;

¹ Voir à ce sujet : J. O. F. Davies : *Towards a Measure of Medical Care : Operational Research in the Health Services, A Symposium*. Published for the Nuffield Provincial Hospitals Trust, Oxford University Press, Londres, 1962. Voir également : *Operational Analysis in the Management of Health Services, an Intensive Short Course*, Engineering Summer Conferences, 5-9 juin 1967, University of Michigan Press, Ann Arbor, 1967; et Odin Waldemar Anderson : « Health Services in a Land of Plenty », University of Chicago, Center for Health Administration Studies, Chicago, 1968, pp. 59-102 (Health Administration Perspectives, A7), Reprinted from : *Environment and Health Policy, the Next Fifty Years*, W. R. Ewald (édit).

² Vincente Navaro : *Planning Personal Health Services : A Markovian Model*, presented at the Medical Care Section of the American Public Health Association Annual Meeting, Détroit, Michigan, 10-15 novembre 1968. Document miméographié.

2° les sous-systèmes responsables de la distribution des soins, comme les diverses unités de traitement des malades, de l'enseignement et de la recherche;

3° les sous-systèmes responsables des sorties du système, comme le placement des malades, l'éducation sanitaire, etc.

1542. De telles études se font à l'intérieur du régime dont elles améliorent le rendement par une organisation plus rationnelle des sous-systèmes en cause. Par exemple, il est possible d'étudier l'occupation des lits d'un hôpital, compte tenu des contraintes techniques, institutionnelles ou administratives, ou encore de raccourcir la période d'attente des malades dans les services externes. D'autres études porteront, au moyen de techniques de simulation, sur la prévision des ressources dans le secteur de la santé ¹. Il s'agit toujours de déterminer la solution la plus efficace au problème posé tout en tenant compte des contraintes.

1543. En résumé, la recherche opérationnelle dans le domaine de la santé conduit :

1° à une administration scientifique du régime, qui en évalue et en accroît le rendement, et oriente les décisions;

2° à une planification où les décisions sur les diverses options tiennent compte des variables stratégiques et de leurs interrelations;

3° à une collaboration plus étroite avec les chercheurs d'autres disciplines.

1544. Ce type de recherche apparaît essentiel à l'adoption, dans ce secteur, de méthodes modernes de gestion au bénéfice des membres de la société. La Commission partage à ce sujet l'opinion des membres du comité d'évaluation du Conseil des recherches médicales du Canada qui déclaraient récemment :

Nous pourrions ajouter qu'aucune industrie importante dans un pays bien développé ne fonctionne de la manière dont le gouvernement canadien et les provinces dirigent leurs industries de la santé. Toutes les compagnies industrielles consacrent une proportion importante de leur profit à de la recherche technologique et opérationnelle. Les services de santé représentent l'un des employeurs les plus importants au pays et l'un des plus gros consommateurs

¹ Reginald W. Revans : « The Hospital as an Organization », *Proceedings of the Second International Conference on Operational Research*, English United Press, Londres, ou John Wiley and Sons, New York, 1960, pp. 104-114.

de fournitures et de matériaux périssables. Ces services devraient être dirigés avec autant d'efficacité qu'une grosse entreprise industrielle ou qu'un organisme de services publics. Seul un groupe de recherche orienté dans l'utilisation des ordinateurs peut mener à bien les analyses raffinées et complexes requises¹.

De l'avis de la Commission, on doit attribuer à ce type de recherche une part importante des subventions de recherche dans le domaine de la santé au Québec et ceci, en vue d'améliorer l'organisation du régime de la santé et d'atteindre le plus efficacement possible les objectifs poursuivis.

III. — LA RECHERCHE PURE ET CLINIQUE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

1545. La recherche dans le domaine de la santé a, au cours des vingt dernières années, entraîné des bouleversements considérables tant dans les connaissances que dans l'exercice de la médecine. La prochaine décennie nous réserve de nouveaux sommets dans la connaissance de la nature des maladies et des moyens de les combattre.

1546. La recherche sur la santé peut être pure ou appliquée. La recherche pure veut acquérir de nouvelles connaissances sans égard aux applications pratiques, alors que la recherche appliquée tend à la solution d'un problème déterminé, défini au début du projet de recherche. Elles diffèrent donc l'une de l'autre non par leurs méthodes et leur portée, mais par leur motivation. La recherche clinique est habituellement un type de recherche appliquée de même, d'ailleurs, que la recherche épidémiologique et la recherche opérationnelle.

1547. Devenant de plus en plus multidisciplinaire, la recherche réunit médecins biochimistes, statisticiens et ingénieurs; il est donc désormais difficile, dans la pratique, de distinguer la recherche pure de la recherche clinique.

1548. Les données sur la recherche médicale proprement dite proviennent en grande partie des études effectuées pour la Commission dans ce domaine². Il convient, en plus, de signaler la publication, en 1968, du rapport du Conseil des recherches médicales du Canada sur *L'État actuel et l'avenir de la recherche médicale au Canada*. Ces

¹ Extrait de : Conseil des recherches médicales du Canada : *L'état actuel et l'avenir de la recherche médicale au Canada*, p. 247.

² Voir l'annexe 11 de notre rapport : *La recherche médicale au Québec*, préparée par Claude Fortier, John Beck, Jacques Genest, Maurice LeClair, et Yves Morin.

études et enquêtes dressent un bilan des ressources humaines et matérielles consacrées à la recherche médicale au Québec.

A. — LA RECHERCHE DANS LES DISCIPLINES DE LA SANTÉ AUTRES QUE LA MÉDECINE

1549. La recherche pure et clinique dans les disciplines de la santé autres que la médecine semble à ses débuts ou à peu près inexistante. Les besoins y sont pourtant considérables et l'on doit favoriser la création d'équipes de chercheurs, la construction de locaux de recherche et le financement de projets multidisciplinaires.

1550. La recherche dans les écoles de pharmacie du Québec est peu développée. En 1968, l'enquête du Conseil des recherches médicales du Canada révèle que 73 étudiants sont inscrits aux programmes d'études supérieures dans les écoles de pharmacie canadiennes. Au Québec, leur nombre est de 21, tous à Montréal. En 1966-1967, il n'y a pas de recherche subventionnée à l'École de pharmacie de l'université Laval, alors que celle de l'Université de Montréal dispose d'un budget de \$45,000. Celle-ci apparaît comme l'École de pharmacie canadienne où la contribution fédérale aux projets de recherche est la plus élevée ¹.

1551. Les données du tableau XII.1 font voir un montant de \$59,354 attribué à des chercheurs québécois en 1967-1968 pour la recherche pure et clinique en sciences dentaires. De plus, pour la même année, un projet de recherche épidémiologique en sciences dentaires, ébauché à l'Université de Montréal, recevait une subvention de \$35,000.

B. — LA RECHERCHE MÉDICALE

1552. La recherche médicale au Québec, considérée globalement, ainsi que les ressources mises à sa disposition en 1966-67 se comparent avantageusement à l'ensemble du pays, grâce surtout à l'activité de l'université McGill en ce domaine. La répartition des subventions de recherche entre les départements des sciences de base et cliniques des trois facultés de médecine du Québec ² illustre cette situation (diagramme XII.1), par rapport, notamment, aux pourcentages des totaux canadiens pour chaque catégorie.

¹ Conseil des recherches médicales du Canada : *L'état actuel et l'avenir de la recherche médicale au Canada*.

² Voir l'annexe 11 de notre rapport. Les données sur lesquelles s'appuie cette étude remontent à l'année universitaire 1966-67. À cette époque, la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke était encore au stade de l'organisation.

1553. Toutefois, la comparaison de l'état de la recherche médicale entre ces trois facultés de médecine révèle des différences extrêmement marquées, particulièrement dans les sciences cliniques où la situation avantageuse de l'université McGill est manifeste. La répartition des subventions de recherche entre les départements des sciences de base et cliniques des diverses facultés en fournit une première indication (tableau XII.2).

1554. Avant de poursuivre l'analyse de ces différences, rappelons les responsabilités de chacune de ces facultés en matières d'enseignement. Le tableau XII.3 illustre l'évolution des étudiants en quête de leur premier diplôme et des professeurs en médecine à ce seul niveau. En 1961, les trois facultés de Montréal, de Laval et de McGill se comparent au point de vue des responsabilités d'enseignement. En 1968-69, le nombre total d'étudiants augmente de 334, grâce surtout à Laval et à Sherbrooke ¹.

1555. Cependant, les trois facultés diffèrent beaucoup quant à leurs responsabilités dans l'enseignement postuniversitaire. Pour l'année universitaire 1968-1969, par exemple, McGill reçoit 302 (45 pour cent en recherche clinique) des 486 étudiants en recherche au Québec, Montréal 106 et Laval 67 ². Peut-on en conclure que les besoins de recherche sont moins considérables à Montréal et à Laval qu'à McGill ? Il faut reconnaître l'évidence que, à partir d'un groupe équivalent d'étudiants du premier cycle, la possibilité pour un centre de développer l'enseignement supérieur et d'y retenir des candidats dépend à son tour du nombre de professeurs et d'étudiants engagés dans la recherche.

1556. Le nombre de professeurs à plein temps dans une faculté de médecine est généralement un indice de la recherche qui s'y effectue, mais il est toutefois difficile de l'évaluer exactement parce que ces professeurs ne se consacrent pas tous à une telle forme d'activité.

1557. Entre 1961 et 1969, le nombre des professeurs à plein temps s'accroît considérablement au Québec. Le rapport étudiants/professeur passe en effet de 7.9 à 2.5 (tableau XII.3 et diagramme XII.2). Cette augmentation, qui marque surtout le secteur de l'ensei-

¹ Au tableau XII.3, l'on constate qu'en 1968-69, le nombre d'étudiants en médecine au Québec était de 491 à McGill, de 616 à Laval, de 476 à Montréal et de 119 à Sherbrooke. Il y eut, cette année-là, double admission à Laval, d'où cette forte proportion.

² Données tirées de : *Journal of the American Medical Association*, novembre 1969, vol. 210, N° 8, Appendice II : « Statistical Data of Medical Schools in Canada », pp. 1574-1578.

TABLEAU XII.2

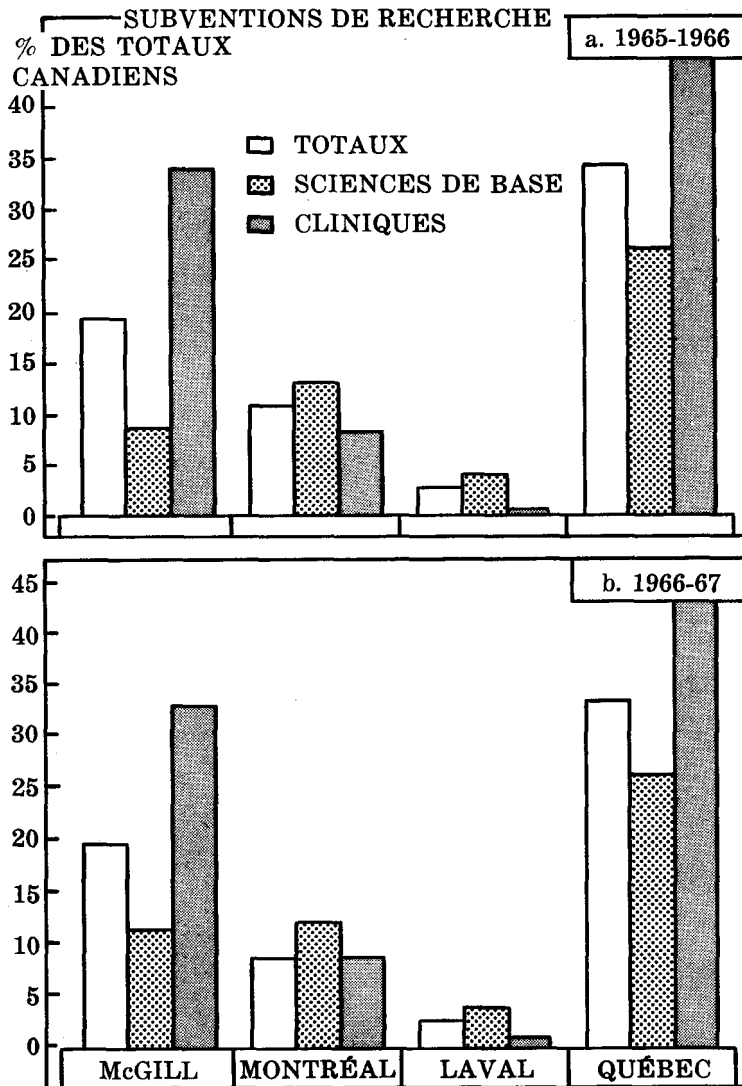
Répartition des subventions de recherche entre les départements des sciences de base et cliniques dans l'ensemble du Canada et du Québec, et dans les facultés de médecine de Laval, de McGill et de Montréal, en 1965-66 et en 1966-67

	<i>Sciences de base</i>	<i>Sciences cliniques</i>	<i>Totaux</i>
Canada			
1965-66	\$ 9,231,950	\$ 7,628,800	\$ 16,860,750
1966-67	12,826,175	9,551,210	22,377,385
Québec			
1965-66	2,391,950	3,278,800	5,670,750
1966-67	3,352,175	4,101,210	7,453,385
McGill			
1965-66	792,000	2,615,000	3,407,000
1966-67	1,383,400	3,155,595	4,538,995
Montréal			
1965-66	1,233,950	630,800	1,864,750
1966-67	1,492,775	841,615	2,334,390
Laval			
1965-66	366,000	33,000	399,000
1966-67	476,000	104,000	580,000

Source : Voir l'annexe 11 de notre rapport.

DIAGRAMME XII.1

Répartition des subventions de recherche entre les départements des sciences de base et cliniques de trois facultés de médecine du Québec et proportion des fonds de recherche accordés à des chercheurs québécois par rapport à l'ensemble du Canada en 1965-1966 et en 1966-1967



Source : Voir l'annexe 11 de notre rapport.

TABLEAU XII.3

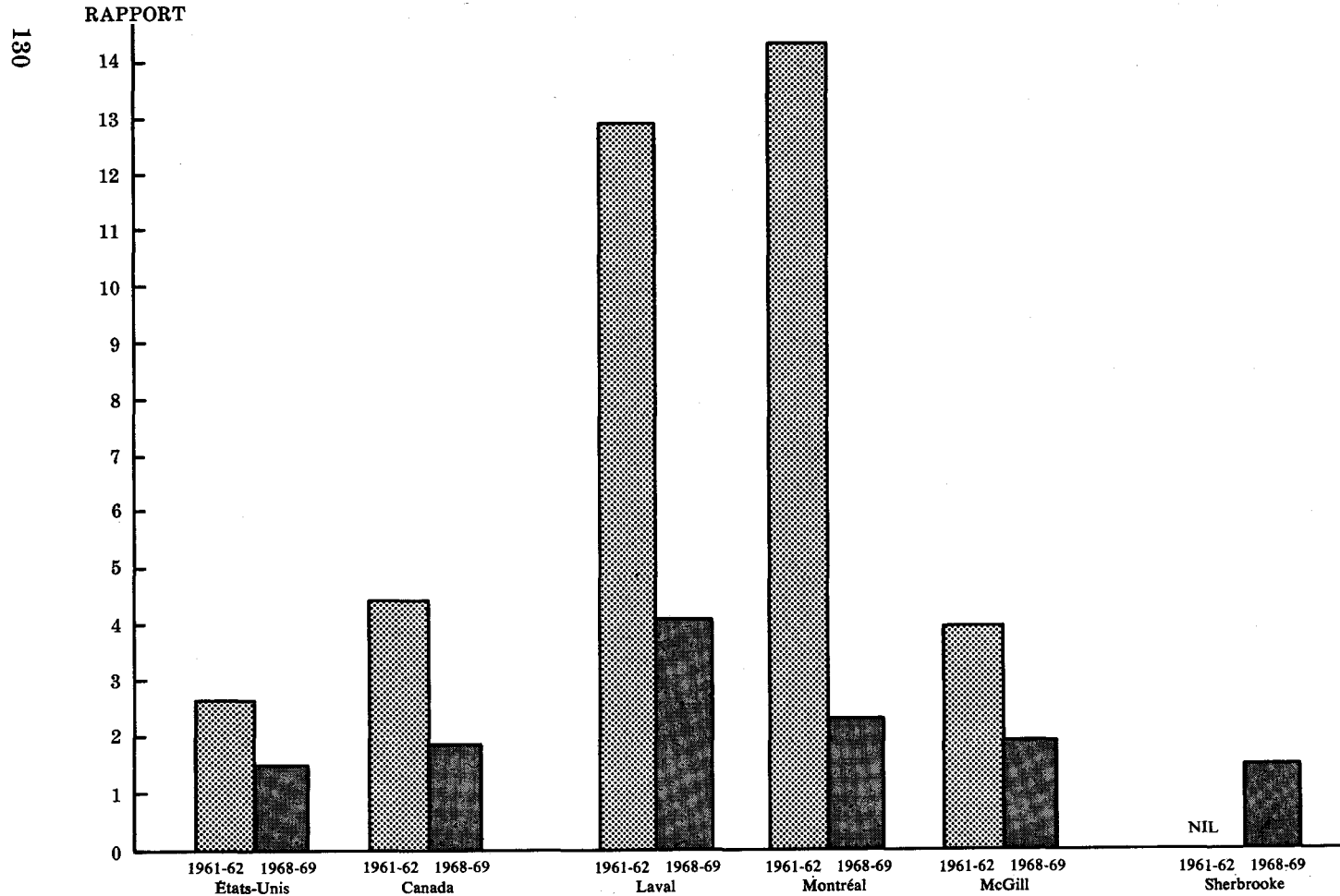
Accroissement comparatif du nombre de professeurs à plein temps et d'étudiants en médecine aux États-Unis, au Canada, au Québec et dans les quatre facultés de médecine du Québec en 1961-62 et en 1968-69

	<i>Étudiants</i>	<i>Professeurs</i>	<i>Rapport Étudiants/ professeur</i>	<i>Étudiants</i>	<i>Professeurs</i>	<i>Rapport Étudiants/ professeur</i>
États-Unis	—	—	2.6	35,833	23,014	1.6
Canada	—	—	4.5	4,682	2,406	1.9
Québec	1,268	167	7.9	1,702	678	2.5
Laval	434	34	12.8	616	151	4.1
Montréal	432	30	14.4	476	201	2.4
McGill	402	103	4.0	491	246	2.0
Sherbrooke	—	—	—	119	80	1.5

Source : Les données pour le Canada et les États-Unis sont tirées de : *Journal of the American Medical Association*, novembre 1962, vol. 182, N° 7, Appendice I : « Statistical Data of Medical Schools in Canada », pp. 804-808 et de : *Journal of the American Medical Association*, novembre 1969, vol. 210, N° 8, Appendice II. Les chiffres concernant le Québec et les quatre universités québécoises en 1968-1969 ont été obtenus par l'intermédiaire des quatre facultés de médecine concernées.

DIAGRAMME XII.2

Illustration du rapport étudiants/professeur dans les facultés de médecine des États-Unis, du Canada et du Québec, en 1961-62 et en 1968-69



Source : Les données pour le Canada et les États-Unis sont tirées de : *Journal of the American Medical Association*, novembre 1962, vol. 182, N° 7, Appendice I : « Statistical Data of Medical Schools in Canada », pp. 804-808 et de : *Journal of the American Medical Association*, novembre 1969, vol. 210, N° 8, Appendice II. Les chiffres concernant le Québec et les quatre universités québécoises en 1968-69 ont été obtenus par l'intermédiaire des quatre facultés de médecine concernées.

TABLEAU XII.4

Répartition du personnel enseignant en sciences de base et cliniques selon les quatre facultés de médecine du Québec, pour les années universitaires 1961-62 et 1968-69

	<i>Sciences de base</i>	<i>Sciences cliniques</i>	<i>Totaux</i>
Québec :			
1961-62	103	64	167
1968-69	290	388	678
McGill			
1961-62	47	56	103
1968-69	94	152	246
Montréal			
1961-62	26	4	30
1968-69	101	100	201
Laval			
1961-62	30	4	34
1968-69	62	89	151
Sherbrooke			
1961-62	—	—	—
1968-69	33	47	80

Source : Les données pour le Canada et les États-Unis sont tirées de : *Journal of the American Medical Association*, novembre 1962, vol. 182, N° 7, Appendice I : « Statistical Data of Medical Schools in Canada »; pp. 804-808 et de : *Journal of the American Medical Association*, novembre 1969, vol. 210, N° 8, Appendice II. Les chiffres concernant le Québec et les quatre universités québécoises en 1968-69 ont été obtenus par l'intermédiaire des quatre facultés de médecine concernées.

gnement clinique (voir le tableau XII.4), suit l'instauration au Québec du régime de l'assurance-hospitalisation. Grâce à une entente entre le ministère de la Santé et les universités, le gouvernement s'est engagé à payer la moitié du revenu des professeurs à plein temps en milieu clinique, à condition que leur revenu soit limité. Cette formule a permis le recrutement d'un nombre élevé de professeurs à plein temps dans les départements cliniques des facultés de médecine du Québec¹.

1558. Toutefois, il est important de noter que plusieurs professeurs à plein temps des secteurs cliniques ne se sont pas intégrés à la vie universitaire. Au cours de ses visites, la Commission a reçu des commentaires confirmant qu'ils n'avaient pas sensiblement modifié leur activité à la suite de leur engagement comme professeur et que certains poursuivaient leur exercice à titre personnel même en dehors de l'hôpital.

1559. Normalement, l'affectation d'un plus grand nombre de professeurs à plein temps aux secteurs cliniques doit favoriser la recherche. Il n'en est pas ainsi. On ne constate aucune relation entre le nombre de professeurs à plein temps en clinique et la recherche. L'augmentation du nombre des étudiants en recherche ne suit aucunement celle des professeurs à plein temps².

1560. La faculté de médecine de l'université McGill jouit, dans l'ensemble, d'une situation avantageuse, quels que soient les critères retenus pour évaluer la recherche : nombre de chercheurs subventionnés, d'étudiants en recherche, de *fellows*, de *scholars* et d'associés du Conseil des recherches médicales du Canada, subventions et espace de recherche (diagramme XII.3).

1561. Cependant, si l'on dissocie les secteurs de base et cliniques, l'Université de Montréal passe parfois au premier plan dans le premier secteur, tandis que la prédominance de McGill tient surtout à la situation exceptionnelle de ses départements cliniques, non seulement par rapport aux deux facultés francophones mais également par rapport au reste du pays. En 1966-1967, les départements cliniques de McGill comptent 24.3 pour cent des chercheurs boursiers, 38.7 pour cent des étudiants en recherche, 50 pour cent des *fellows*

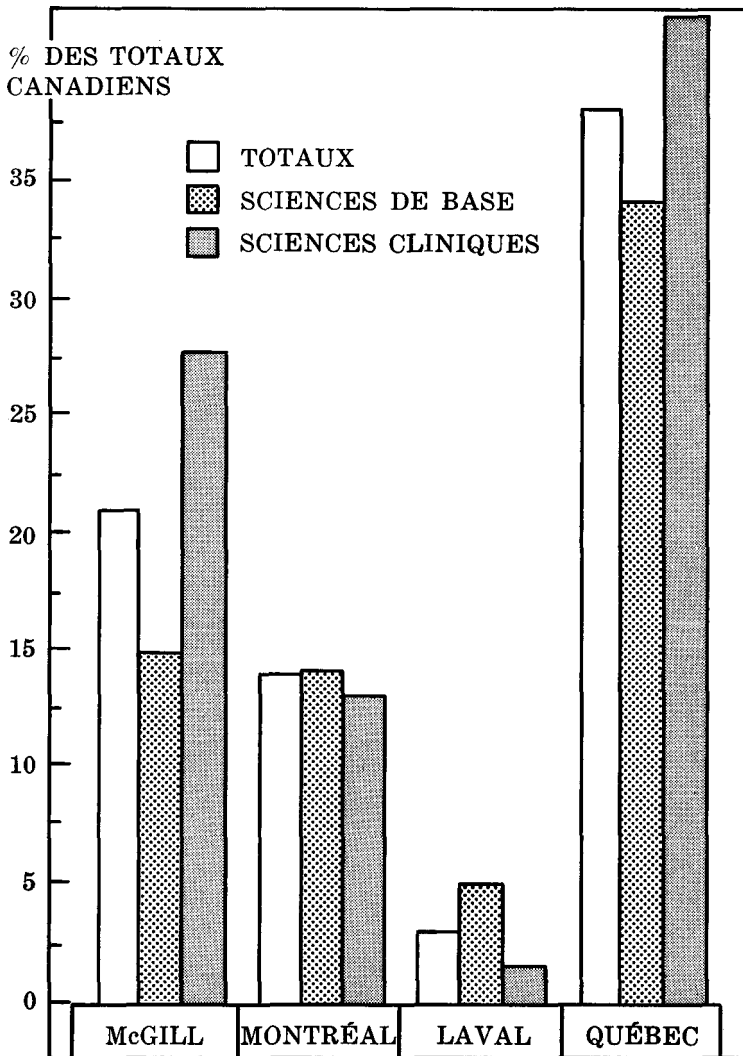
¹ Cette entente faisait suite à une lettre du sous-ministre de la Santé aux doyens des facultés de médecine leur demandant de déterminer avec les professeurs à plein temps dans l'hôpital le temps consacré par ceux-ci à l'exercice de leur profession (une demi-journée d'exercice à titre personnel à l'hôpital) et le montant maximum des honoraires qu'il leur serait permis de conserver. (Lettre du 9 septembre 1964 du sous-ministre de la Santé aux doyens des facultés de médecine du Québec).

² Voir l'annexe 11 de notre rapport.

DIAGRAMME XII.3

Espace de recherche en 1966-67

Répartition de l'espace net de recherche dans les départements des sciences de base et cliniques des trois facultés de médecine du Québec, en 1966-67, et proportion de l'espace affecté à la recherche au Québec par rapport à l'ensemble du Canada



Source : Voir l'annexe 11 de notre rapport.

et 44.6 pour cent des *scholars* et des associés du Conseil des recherches médicales du Canada; ils touchent 33.1 pour cent des subventions et disposent de 27.6 pour cent de l'espace de recherche de tout le secteur clinique canadien. McGill reste donc le centre par excellence de la recherche appliquée en sciences médicales au Québec et même au Canada tout entier ¹.

1562. À titre de comparaison pour la même année, les départements cliniques de Laval comptent seulement 1.5 pour cent des chercheurs boursiers; ils ne comptent aucun étudiant en recherche ni *fellow* du Conseil des recherches médicales du Canada; enfin, ils comptent 2 pour cent des *scholars* et associés de cet organisme; ils touchent 1.1 pour cent des subventions et disposent de 1.3 pour cent de l'espace de recherche des départements cliniques de l'ensemble du pays.

1563. D'autre part, une comparaison des secteurs de base du Québec révèle, dans presque tous ces aspects, une situation à peu près identique à McGill et à Montréal, alors que Laval est dans une situation sensiblement inférieure. Quant à Sherbrooke, les statistiques disponibles n'évaluent pas la situation de la recherche médicale à la faculté de médecine qui, au moment de la collecte de ces données, en était encore au stade de l'organisation.

1564. La situation actuelle de la recherche médicale au Québec ressort clairement d'une étude exécutée sur le sujet ² pour notre Commission. La faculté de médecine de l'université McGill a constitué des équipes de chercheurs de qualité et favorisé la recherche médicale d'une façon telle qu'elle occupé le premier rang au Canada. On y a compris très tôt l'importance de se ménager de l'espace pour la recherche et d'y recruter des scientifiques de première valeur. Par contre, les facultés de médecine de Montréal et de Laval, particulièrement cette dernière, ont une activité de recherche beaucoup moindre.

IV. — UNE POLITIQUE DE RECHERCHE SUR LA SANTÉ

1565. Le Québec doit établir une politique de la recherche, à la lumière des objectifs du régime de la santé, en tenant compte de nos

¹ Voir l'annexe 11 de notre rapport.

² *Ibid.*

problèmes de santé et des moyens du régime de soins, mais cette politique doit aussi correspondre aux aspirations de l'ensemble de la population.

A. — LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

1566. La recherche dans le domaine de la santé vise à améliorer l'état de santé de la population, et elle peut y contribuer de deux façons : par une augmentation des connaissances et leur transmission aux professionnels de la santé ou par l'amélioration des modes de distribution des soins. La contribution de la recherche à la réalisation de l'objectif général du régime de la santé est d'autant plus importante qu'on l'oriente vers la découverte des meilleures techniques, à court ou à long terme.

1567. Vu l'importance qu'elle accorde à la recherche dans la poursuite des objectifs proposés au régime, la Commission partage entièrement l'avis du Conseil des sciences du Canada qui estime que la contribution de la science et de la technologie aux objectifs de la santé doit couvrir :

- 1° la recherche médicale continue en vue de s'assurer que les normes canadiennes d'enseignement et d'exercice de la médecine soient, par rapport aux normes mondiales, d'une qualité élevée;
- 2° l'étude des comportements individuels et collectifs vis-à-vis de la santé physique et mentale;
- 3° l'application de la théorie des systèmes à la distribution des soins médicaux et hospitaliers, en vue d'en augmenter le rendement et d'en réduire le coût;
- 4° l'amélioration des conditions de vie urbaine et rurale, en vue d'éliminer les menaces au bien-être physique et mental;
- 5° la maîtrise des dangers présents et prévisibles (par exemple, la pollution), résultant d'un mauvais usage des découvertes scientifiques et technologiques¹.

1568. C'est le rôle de l'État d'établir une politique de la recherche sur la santé, d'en déterminer les objectifs principaux ainsi que les fonds à y consacrer. Les décisions quant à l'orientation générale et à la détermination des priorités sont donc d'ordre politique.

¹ Conseil des sciences du Canada : *Vers une politique nationale des sciences au Canada*, p. 15.

1569. Par contre, comme le souligne l'étude réalisée pour le Conseil des sciences du Canada et le Conseil des Arts du Canada ¹, la politique générale de la recherche ne doit pas comprendre la définition ni la sélection des projets de recherche. Ainsi, une fois établie l'orientation générale de la recherche, il est important de décentraliser les décisions et de laisser aux chercheurs toute latitude possible. Le Conseil de la recherche sur la santé, dont nous avons précédemment recommandé la création au Québec ², doit être le principal organisme responsable d'appliquer la politique de la recherche en fonction des objectifs généraux.

1570. Nous avons déjà constaté que la recherche varie beaucoup en importance d'une université à l'autre. La Commission considère qu'on doit entreprendre des efforts sérieux pour relever le niveau des établissements les plus faibles, sans nécessairement viser à une uniformisation. C'est pourquoi la Commission est d'avis qu'en plus d'accorder des subventions ordinaires (à des chercheurs individuels ou pour des programmes majeurs de recherche), les organismes responsables doivent verser des subventions spéciales et fonctionnelles de développement, que le Conseil des sciences du Canada décrit ainsi :

Les disparités régionales ont empêché certaines universités de se développer aussi rapidement que celles qui sont implantées dans les milieux riches du pays. Il serait nécessaire, pour que ces universités puissent atteindre le niveau d'excellence de leurs sœurs plus richement dotées, de transformer en points forts les possibilités encourageantes qu'elles présentent et leur vif désir de perfectionnement. Les subventions stratégiques de développement constitueront l'outil grâce auquel le gouvernement fédéral pourra infuser un nouveau dynamisme dans ces établissements ³.

1571. On ne considère pas ce soutien comme une récompense à la médiocrité; mais il tient plutôt compte des besoins et favorise le progrès de certains centres universitaires moins riches. Chaque centre universitaire s'efforcera de développer des secteurs d'excellence en recherche dans le domaine de la santé. À l'avenir, on devra choisir, car les ressources humaines et financières du Québec ne permettent pas à toutes les universités d'entretenir des équipes de recherche multidisciplinaires sur le même sujet. Ce sont les chercheurs eux-mêmes qui feront ces choix, sinon ils risquent de se les voir imposer.

¹ J. B. McDonald et al. : *Le gouvernement fédéral et l'aide à la recherche dans les universités canadiennes*, op. cit.

² Voir le chapitre VI du présent volume : « L'organisation du régime de la santé ».

³ Extrait de : Conseil des sciences du Canada : *Le soutien de la recherche universitaire par le gouvernement fédéral*, p. 30.

1572. À partir de ces considérations, la Commission suggère que l'on accorde, dans le domaine de la santé, une grande importance (1°) au développement de la recherche épidémiologique et opérationnelle, en vue de connaître l'état de santé de la population et ses besoins et d'évaluer l'efficacité du régime de la santé; (2°) au recrutement d'équipes, dans certains centres universitaires où la recherche est moins développée, en vue d'assurer la formation de professionnels de la santé compétents; enfin, (3°) au développement de la recherche sur la santé dans certains secteurs actuellement défavorisés comme la pharmacie, les sciences infirmières et la chirurgie dentaire.

1573. En résumé, nous croyons qu'à l'avenir, la détermination des besoins de recherche doit s'appuyer sur des critères qui permettent le développement de la recherche dans toutes les facultés des sciences de la santé; le maintien d'un équilibre entre les recherches épidémiologique, opérationnelle, pure et clinique dans toutes les sciences de la santé; l'extension de la recherche pure ou clinique dans les secteurs autres que la médecine; enfin, une orientation de la recherche propre à répondre aux besoins du régime de la santé.

B. — LE FINANCEMENT DE LA RECHERCHE

1574. Jusqu'à maintenant, les principaux organismes de subventions à la recherche médicale sont le Conseil des recherches médicales du Canada, pour les dépenses courantes et la Caisse d'aide à la santé, pour les dépenses d'immobilisations. Mais les universités et les ministères de l'Éducation et de la Santé demeurent des sources importantes de financement. Si l'on tient compte non seulement des subventions de recherche, mais du total des dépenses occasionnées par la recherche elle-même, l'orientation de la recherche est incontestablement influencée par les organismes qui en assument le financement. À ce propos, il est nécessaire de souligner que la contribution actuelle du Conseil de la recherche médicale du Québec est minime par rapport aux dépenses totales de la recherche dans les domaines de la médecine et de la santé publique.

1575. Toutefois, les ministères de la Santé et de l'Éducation, à qui incombe la responsabilité des décisions relatives aux immobilisations dans le secteur de la santé et de l'éducation et qui paient les traitements des chercheurs, une partie des frais directs non couverts par les subventions de recherche et la totalité des frais indirects occasionnés par la recherche en milieu universitaire et hospitalier, sont en mesure d'exercer une responsabilité claire et précise au plan de la politique de recherche dans le domaine de la santé.

1576. Vu l'importance des subventions directes aux chercheurs, il faut souhaiter que la liste des projets et les critères de sélection des projets à subventionner reflètent, en quelque sorte, les priorités de la politique de la recherche. Le Conseil de la recherche sur la santé, dont nous recommandons la création au gouvernement du Québec, sera responsable, en collaboration avec le ministère de la Santé et les universités, de la détermination des priorités. Dans l'élaboration des projets, il lui appartiendra d'éveiller l'intérêt des chercheurs pour les domaines qui correspondent le plus aux besoins du Québec.

1577. Quant aux critères de sélection des projets à subventionner, nous espérons qu'ils seront assez souples et suffisamment diversifiés pour atteindre les objectifs mentionnés précédemment et favoriser l'orientation de la recherche qui en découle.

1578. La diminution des fonds, dont dispose le Conseil des recherches médicales du Canada, indique que la sélection des projets est encore plus rigoureuse qu'auparavant. L'effet touchera surtout les nouveaux chercheurs, et les centres qui organisent actuellement de nouvelles équipes. En 1969-1970, le Conseil n'a retenu que 47 pour cent des demandes pour la réalisation de nouveaux projets (tableau XII.5).

1579. Dans ce domaine, on devine qu'il n'est pas facile, pour les facultés qui accusent des retards dans le développement de la recherche, d'obtenir des fonds pour de nouveaux chercheurs et des projets pourtant essentiels en vue d'atteindre un niveau de recherche convenable. Les centres bien établis jouissent alors d'avantages indiscutables qui risquent de perpétuer sinon d'aggraver les écarts actuels.

1580. De plus, le Conseil des recherches médicales du Canada ne se reconnaît qu'un rôle marginal dans l'octroi des subventions à la recherche épidémiologique et opérationnelle, généralement associées à l'hygiène et à la santé publique. Sachant que l'encouragement à la recherche dans ces domaines est nettement insuffisant¹, le Conseil recommande que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social y remédie par ses programmes de subventions à l'hygiène. La Commission considère que le Conseil devrait modifier son attitude à ce sujet.

1581. À ce propos, il est nécessaire de souligner que ces programmes répondent à des fins différentes de celles des organismes publics de subvention à la recherche.

¹ Conseil des recherches médicales du Canada : *L'état actuel et l'avenir de la recherche médicale au Canada*.

TABLEAU XII.5

Pourcentage des demandes de fonds de recherche agréées par le Conseil des recherches médicales du Canada, de 1962 à 1970

	<i>Subventions pour l'exécution de projets %</i>	<i>Subventions pour les traitements du personnel %</i>
1962-63	63	63
1963-64	55	67
1964-65	59	59
1965-66	51	59
1966-67	69	79
1967-68	63	55
1968-69	52	40
1969-70 (à cette date)	47	41

Source : Données parues dans : La Société canadienne de recherches cliniques : *La recherche sur la santé au Canada*, Association canadienne pour l'avancement des sciences de la santé, Toronto, 1969, p. 19.

1582. Deux caractéristiques du programme d'hygiène illustrent bien ces différences :

1° les subventions sont limitées à des projets dont on reconnaît l'utilité immédiate;

2° le programme n'admet pas de virement de fonds à l'intérieur d'un projet approuvé.

1583. Ces critères de financement s'appliquent à la recherche en commandite. Mais l'octroi de fonds pour le développement général de la recherche en épidémiologie, ou en quelque domaine que ce soit, ne saurait dépendre de critères aussi rigides. En d'autres termes, il nous apparaît essentiel de distinguer le rôle d'un gouvernement comme commanditaire de recherche et celui de responsable principal de son financement. Deux types de critères correspondent à ces deux fonctions.

1584. Il est évident que les ministères et les organismes de la santé ont tout avantage à commanditer des projets de recherche sur l'organisation et la distribution des soins. On évalue constamment la qualité, l'efficacité et le rendement du régime de la santé grâce à des projets de recherche opérationnelle adaptés aux objectifs proposés.

1585. Ainsi, tout en admettant que le régime de la santé subventionne lui-même des projets et constitue ainsi une importante source de financement de la recherche épidémiologique et opérationnelle, la Commission a recommandé la transformation du Conseil de la recherche médicale du Québec en un conseil de la recherche sur la santé qui encouragerait tous les secteurs de la recherche sur la santé¹.

1586. Le conseil de la recherche sur la santé au Québec jouera un rôle dynamique particulièrement fécond pour favoriser le développement de nouveaux centres de recherche. Il sera responsable des subventions aux projets et conseillera les ministères de la Santé et de l'Éducation dans le financement de la recherche orientée en fonction de la politique de la santé du Québec.

1587. En effet, même si le Conseil des recherches médicales du Canada demeure le principal organisme à subventionner la recherche, les ministères de la Santé et de l'Éducation contrôlent les investissements, une partie des coûts de fonctionnement et la totalité des frais indirects. Une politique de recherche bien définie, la poursuite d'objectifs communs et la détermination des priorités permettent de

¹ Voir le chapitre VI du présent volume : *L'organisation du régime de la santé*.

TABLEAU XII.6

Budgets totaux du Conseil de la recherche médicale du Québec et répartition des bourses et des subventions de recherche entre les universités * du Québec de 1965 à 1968

<i>Année universitaire</i>	<i>Budget total</i>	<i>McGill</i>	<i>Montréal</i>	<i>Laval</i>	<i>Sherbrooke</i>
1965-66	\$100,000	12%	59%	29%	—
1966-67	\$200,000	24%	53%	23%	—
1967-68	\$250,000	18%	53%	25%	4%
1968-69	\$604,206**	18%	39%	21%	22%

Source : Renseignements obtenus du Conseil de la recherche médicale du Québec.

* Comprend, outre les facultés de médecine, les hôpitaux ainsi que les écoles de pharmacie.

** Soit son propre budget de \$300,000, les subventions de la caisse d'aide à la santé, au montant de \$106,833, et la contribution du Service de l'assurance-hospitalisation qui s'élève à \$197,373.

corriger rapidement les disparités actuelles dans le domaine de la recherche sur la santé.

1588. Jusqu'à maintenant, plusieurs facteurs ont limité le rôle du Conseil de la recherche médicale du Québec : modicité des budgets mis à sa disposition, absence d'une politique de recherche sur la santé de la part des ministères concernés et manque de consultation du ministère de la Santé quant aux investissements dans ce domaine.

1589. Les budgets du Conseil de la recherche médicale du Québec, malgré une augmentation récente relativement rapide (tableau XII.6), demeurent bien en deçà des besoins les plus urgents et des lacunes à combler pour réaliser les objectifs de la recherche sur la santé au Québec.

1590. La Commission estime donc qu'il faut investir des sommes plus importantes pour développer la recherche sur la santé. Il est normal et rentable d'accorder une attention plus grande aux secteurs dont les besoins sont plus pressants, afin d'obtenir un juste équilibre tant entre les divers types de recherche qu'entre les diverses facultés des sciences de la santé au Québec. C'est la politique de la recherche qui doit guider le Conseil de la recherche sur la santé dans la distribution des subventions.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

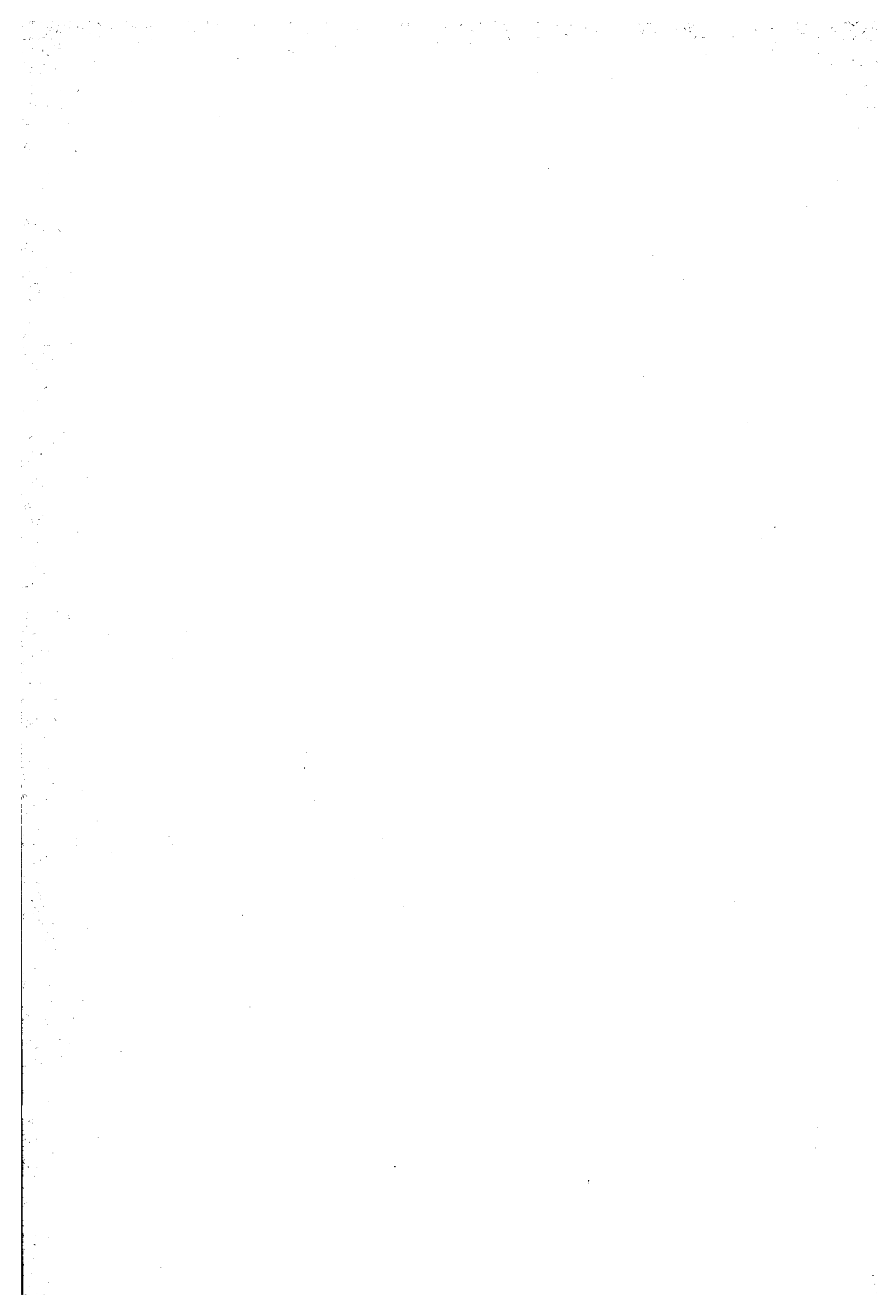
4.XII.216. *QUE, dans le domaine de la santé, un équilibre soit maintenu entre les trois types de recherche sur la santé :*

- *la recherche épidémiologique qui favorise la connaissance de l'état de santé de la population et l'élaboration d'une politique de la santé;*
- *la recherche opérationnelle qui permet l'étude de l'organisation du régime de la santé; et*
- *la recherche pure et clinique dans les sciences de la santé qui augmente les connaissances et améliore la formation des professionnels de la santé.*

- 4.XII.217. *QU'un relevé permanent de santé de la population du Québec soit effectué sous l'égide du ministère de la Santé.*
- 4.XII.218. *QUE les méthodes de recherche opérationnelle soient utilisées pour étudier l'ensemble du régime de la santé ainsi que les sous-systèmes de distribution des soins et d'administration du régime.*
- 4.XII.219. *Que le Québec se donne une politique de la recherche sur la santé en fonction des objectifs du régime de la santé.*
- 4.XII.220. *QUE, dans la détermination des besoins en recherche, on accorde une attention particulière :*
- 1° *au développement de la recherche dans toutes les facultés des sciences de la santé du Québec, sans viser à une uniformisation des programmes;*
 - 2° *à la correction des disparités dans le nombre de chercheurs entre les universités du Québec;*
 - 3° *au maintien d'un équilibre entre les recherches épidémiologique, opérationnelle, pure et clinique dans toutes les sciences de la santé.*
- 4.XII.221. *QUE le conseil de la recherche sur la santé ait un rôle décisionnel dans la répartition de ses propres fonds de recherche et un rôle consultatif en ce qui a trait aux autres sources de financement.*
- 4.XII.222. *Que les budgets du conseil de la recherche sur la santé au Québec reflètent l'importance de la recherche et la nécessité de rattraper les retards accumulés dans ce domaine vital.*

XIII

L'informatique et la santé



L'informatique et la santé

INTRODUCTION

1591. La Commission a déjà fait état des changements inéluctables que subit actuellement notre société. Les nouveaux moyens de communication, l'informatique en particulier, modifieront considérablement notre façon de vivre au cours des prochaines décennies ; les sciences de la santé seront, elles aussi, transformées par l'utilisation de ces techniques nouvelles, même s'il est aujourd'hui à peu près impossible de prévoir dans quelle mesure et de quelle manière s'opérera ce processus.

1592. On définit communément l'informatique comme une technique du traitement automatique de l'information. Du point de vue technique, le système de traitement de l'information permet d'enregistrer des renseignements en chiffres ou en lettres, voire des diagrammes ou des images, de les garder en mémoire, de les traiter selon des programmes préétablis et de transmettre ainsi des données sous forme d'informations ou de commandes à remplir¹.

1593. L'ordinateur, qui en est le cerveau, se compose essentiellement d'une unité centrale de traitement, où sont effectués les calculs et les opérations logiques. Il comporte des dispositifs d'entrée et de sortie des données, un bloc-mémoire qui conserve ces données et qui est relié à l'unité centrale de traitement, et un dispositif de commande coordonnant l'ensemble des opérations. Les dispositifs d'entrée et de sortie peuvent être simples ou relativement complexes : machine à écrire, lecteur de caractères, imprimante, écran à tube cathodique, etc. Le traitement et la transmission de l'information sont exécutés à une vitesse extraordinairement rapide, avec une très haute précision.

1594. Par l'information, l'esprit humain prend connaissance des changements du monde qui l'entoure. L'informatique lui permet de systématiser ces connaissances et de les utiliser sous des formes variées qui dépassent l'imagination.

¹ J. Reynaud : « Les ateliers interhospitaliers de traitement de l'information. Bilan et perspectives », *Revue hospitalière de France*, juin 1967, annexe du N° 202.

1595. Cette technique, qui est plus qu'une simple innovation matérielle et que d'aucuns considèrent comme une science avancée, laisse prévoir dans le monde des idées une révolution dont les conséquences évoquent singulièrement celles qui ont suivi l'apparition de l'imprimerie. L'avènement de l'informatique, en effet, oblige l'homme à concevoir de nouveaux instruments de travail, différents de ceux qu'il utilise jusqu'ici pour interpréter, sinon maîtriser, les événements de son milieu. En remettant en cause les modes traditionnels d'acquisition des connaissances, l'informatique transporte l'homme dans un monde aux dimensions totalement modifiées.

1596. Il est important de se rendre compte que dans le domaine de la santé, l'informatique sera toujours intimement reliée à des changements dans l'échelle des valeurs, dans les attitudes, dans le travail, de même qu'au niveau de l'organisation des services.

1597. Dans un système de distribution des soins, les ordinateurs représentent une innovation technologique majeure. Toute innovation de ce genre est à la fois la conséquence de changements sociaux et scientifiques et la cause d'une autre série de modifications dans l'organisation sociale.

1598. La technologie est l'application systématique des connaissances scientifiques ou autres à la réalisation de tâches pratiques et précises. Cette application des connaissances exige la décomposition de chaque tâche en ses composantes et une définition précise de chacune de celles-ci. Enfin, la technologie demande une organisation capable de combiner et d'intégrer les différentes fractions pour former le produit complet. Ainsi, au niveau de l'organisation, la technologie est à la fois l'effet et la cause de l'utilisation de ressources plus nombreuses, plus diversifiées et plus spécialisées. L'accroissement des ressources impliquées rend plus impérieux le besoin de planification, et la spécialisation des tâches exige une organisation moderne et puissante.

1599. Dans la première partie de ce chapitre, nous exposerons brièvement les conditions préalables à la mise en place d'un système d'informatique et les principes qui doivent inspirer son implantation. Dans une seconde partie, nous ferons une revue rapide des applications de l'informatique au domaine de la santé.

I. — LES CONDITIONS PRÉALABLES

1600. L'installation d'un système d'informatique ne peut être envisagée sans qu'on résolve d'abord certains problèmes particuliers. Cette prudence s'impose d'autant plus dans les sciences de la santé où l'enthousiasme des premières expériences s'est par la suite refroidi pour s'être buté à des difficultés imprévues.

1601. Aussi, en ce qui concerne le Québec, la Commission juge-t-elle indiqué de ne pas se lancer inconsidérément dans des projets hâtifs et coûteux qui risquent de mettre en veilleuse certaines priorités de ce même secteur, qu'on a trop longtemps sacrifiées. Avant de faire l'implantation de matériels d'informatique, il est indispensable qu'on ait acquis, non seulement une bonne connaissance de leur utilité pratique et des difficultés qu'ils présentent, mais qu'on ait établi une planification progressive, justifiée par les avantages certains qu'apporteront ces matériels pour améliorer l'état de santé de la population.

1602. Certaines obligations commandent ces réserves au sujet de l'emploi de l'informatique. Les obligations auxquelles nous faisons allusion concernent principalement l'identification des individus, la terminologie médicale, les effectifs nécessaires et les dépenses à prévoir autant que la planification et l'organisation même du régime de la santé.

A. — L'IDENTIFICATION DES INDIVIDUS

1603. La première raison d'être du système d'informatique est de fournir des renseignements rapides et précis sur un individu, un groupe ou une population. La fiche médicale personnelle constitue donc le pivot fondamental autour duquel on structure le système d'information recherché. On fonde le système d'information sur l'individu (et non sur les unités de soins), d'où la nécessité d'un code d'identification uniforme et d'une fiche médicale unique qu'on puisse relier aux autres sources d'information.

1604. Cette fiche médicale personnelle couvre, sous forme de résumés, les épisodes de la vie passée de chacun tant au plan des soins curatifs et préventifs qu'au plan de la réadaptation. C'est la partie variable, en l'occurrence cumulative, de la fiche qui constitue en réalité la description de l'état de santé d'un individu. De plus, la fiche médicale contient des renseignements démographiques et épidémiologiques : date de naissance, origine ethnique, état civil, profession.

1605. On ne dispose pas actuellement, pour chaque citoyen, d'une fiche médicale de ce genre parce qu'on n'est pas encore parvenu à déterminer les critères précis de sa composition. L'ensemble de la documentation que nous avons consultée contient peu de renseignements sur ce sujet. Il reste donc à faire des recherches supplémentaires avant que l'on puisse élaborer la composition de la fiche médicale et procéder à son établissement.

1606. Toutefois, il n'est nullement besoin d'attendre cette décision pour identifier par un numéro, comme le souhaite la Commission, chaque individu qui s'adresse au régime de la santé et pour avoir une donnée indicatrice qui permette aussi le regroupement au sein des unités familiales et selon le sexe et l'âge. On inscrit le numéro individuel dans tous les fichiers qui donnent l'état détaillé de la santé de chaque citoyen, permettant ainsi le repérage rapide des dossiers. L'immatriculation est indispensable pour le transfert et le recoupement des renseignements contenus dans les dossiers médicaux ¹.

B. — LA TERMINOLOGIE MÉDICALE

1607. La terminologie médicale est si complexe et si peu rigoureuse qu'elle est actuellement incompatible avec la précision et la rigueur des ordinateurs. L'expérience récente de l'Association médicale américaine est révélatrice à ce sujet. La dernière édition de *Current Medical Terminology* a réduit les noms des diagnostics utilisés de 22,000 à 3,600 et les termes descriptifs de 150,000 à 15,000.

1608. Ainsi que l'affirme un auteur américain ², l'adaptation à la technologie de l'informatique n'est possible que dans la mesure où l'on maîtrise le vocabulaire médical.

The future of modern medicine depends upon the ability to record, communicate and evaluate medical information in terms of universal and common usage ¹.

1609. On doit résoudre le problème de la terminologie médicale si l'on désire que l'informatique serve aux études épidémiologiques, aux études statistiques ou aux études d'exploitation.

¹ C. Auger, Alexander Meisels, Pierre Ardouin et Gilles Kirouac : « Computers and Medicine, Patient Identification for Computer Data Linkage », *The Canadian Medical Association Journal*, décembre 1969, vol. 101, N° 12, pp. 101-103.

² Extrait de : Gordon Burgess : *The Future of Modern Medicine Depends upon the Ability to Record, Communicate and Evaluate Medical Information in Terms of Universal and Common Usage*, Presentation on Medical Terminology at the Tenth International Congress on Diseases of the Chest, Washington, D. C., 4-8 octobre 1968.

C. — LE PERSONNEL

1610. Une main-d'œuvre compétente et en nombre suffisant est une autre condition préalable à l'établissement d'un système d'informatique. Ce personnel comprend d'abord des ingénieurs spécialisés, des analystes et des programmeurs. Ces spécialistes de l'informatique ont en outre à se familiariser avec les problèmes particuliers à la santé et comme les cadres de ce genre sont encore rares au Québec, il est urgent de prévoir leur formation en vue de l'ensemble du système d'informatique à établir.

1611. Enfin, les modifications du régime de la santé, qu'exige l'informatique, ne sont possibles que si l'on y sensibilise les professionnels de la santé. Un certain nombre d'entre eux doivent donc faire des études spéciales en cette technique en vue de collaborer étroitement à la réalisation de ce nouveau système.

D. — LES COÛTS

1612. L'application de l'informatique au régime de la santé améliorera l'efficacité, mais les investissements pour un système partiel ou global de traitement de l'information sont énormes, et rien, actuellement, n'en garantit la rentabilité. Nous croyons donc qu'en raison des coûts actuels du régime de la santé, le Québec ne peut se permettre des affectations budgétaires disproportionnées et devra procéder par étape dans les secteurs les mieux connus.

1613. En plus des premiers investissements, il faut prévoir les coûts d'exploitation, tant pour les matériels que pour le personnel spécialisé. L'informatique devient rentable si elle remplace une grande partie du personnel technique ou augmente sa productivité. Toutefois, dans le secteur de la santé, les réalisations de l'informatique sont encore limitées, sauf dans l'automatisation des laboratoires et dans la gestion administrative.

1614. L'expérience des États-Unis nous incite d'ailleurs à la prudence. Dans ce pays, la mise sur pied dans cinq ou six CHU de centres d'informatique s'est échelonnée sur quatre à six ans et a coûté approximativement 10 millions de dollars¹. Le *Massachusetts General Hospital* a reçu à cette fin cinq millions de dollars du *National Health Institute*, et son système d'informatique encore incomplet en est toujours au stade expérimental.

¹ Voir à ce sujet : Paul F. Gross : « The Computer in Health Care », *World Hospitals*, octobre 1968, vol. IV, N° 4, pp. 189-200.

1615. Le même auteur, P. F. Gross, signale que le prix de l'installation d'un système global d'informatique pour une région groupant environ vingt hôpitaux, soit en tout 2,000 à 4,000 lits, et environ 1,000 médecins, peut dépasser cinq millions de dollars, avec un coût d'exploitation annuel d'un million. Malgré des coûts élevés, il recommande l'utilisation des ordinateurs à condition d'adopter une politique de mise en service et d'exploitation graduelles. En effet, si leur capacité et leur perfectionnement augmentent régulièrement, leur coût décroît d'environ 20 pour cent par année ¹.

E. — LA PLANIFICATION ET L'ORGANISATION

1616. La mise en place d'un système d'informatique ne s'improvise pas et doit être conçue à l'échelle du Québec. Dans ce domaine, la première étape essentielle consiste, nous semble-t-il, en une définition précise de la politique du ministère de la Santé.

1617. L'absence actuelle d'une telle politique risque de provoquer une répétition des anomalies déjà décrites au sujet de la mise sur pied du régime hospitalier et des systèmes parallèles de soins médicaux. Les hôpitaux reconnaissent la nécessité d'utiliser l'informatique; les administrateurs et les professionnels de la santé ont assisté à de nombreux séminaires et colloques sur le sujet. Sans directives précises du ministère de la Santé, plusieurs hôpitaux du Québec ont agi de leur propre initiative et on court déjà le grand risque de voir installer divers systèmes difficiles à coordonner par la suite. Le Québec est-il assez riche pour se permettre une utilisation irrationnelle des ressources matérielles et des ressources humaines dont il dispose ?

1618. Après avoir défini la politique d'ensemble, on crée, au cours de la première étape, des centres où, grâce au système d'informatique, on expérimente des projets d'importance moyenne et prépare des techniciens compétents. Il semble évident que chaque hôpital ne doit pas posséder son ordinateur, non plus qu'il faille envisager un seul ordinateur géant installé à Québec, qui centraliserait tous les services au moyen d'un réseau de communications.

1619. La solution la plus pratique est la mise en service progressive de centres régionaux, sous la responsabilité des ORS et avec le plein appui du ministère. Ceux-ci s'assurent la collaboration

¹ Observations de l'équipe du *Computer Laboratory of the Massachusetts General Hospital* de Boston transmises à notre Commission.

de spécialistes et prévoient l'utilisation coordonnée des matériels déjà installés dans les CHU et dans les universités.

1620. Les relations prévues entre les ORS, les CHU et les universités permettent des échanges de matériels et de personnel qui évitent le plus possible le double emploi. Les coûts de mise en place de systèmes d'informatique exigent, selon une politique provinciale et régionale bien définie, de centraliser certaines fonctions encore exécutées dans chaque hôpital.

1621. L'essentiel, à notre avis, est de suivre l'exemple de l'industrie et de commencer au bas de l'échelle, par des applications graduelles à partir de petites unités et d'unités simples où le traitement de l'information est déterminé avec précision et dans les détails. Parce qu'on ne peut installer immédiatement un système complet de traitement de l'information, les ORS se limiteront, au début, aux applications prioritaires économiquement justifiables.

1622. Le régime de la santé peut confier certaines fonctions administratives, telles la rédaction des chèques et la gestion des stocks, à des organismes publics ou privés déjà existants. Toutefois, dans l'optique d'un système d'informatique particulier à la santé, il est essentiel de créer des centres d'informatique conçus pour les fins prévues; l'implantation du système central tiendra compte alors, au niveau des techniques, de l'évolution des complexités rencontrées dans les centres régionaux d'informatique.

1623. Au Royaume-Uni, le Conseil médical de la recherche étudie l'adoption éventuelle d'une politique nationale du traitement de l'information et consacre à cette recherche une somme de \$35 millions par année. Le Québec, s'il entend profiter des progrès technologiques de notre époque et veut se doter, à longue échéance, d'un système intégré d'informatique dans le domaine de la santé, doit immédiatement prendre des mesures en fonction des besoins actuels, et après des études approfondies de ces besoins, lesquelles sont indispensables, lancer des projets pilotes.

1624. On définit ensuite progressivement une politique plus précise du traitement de l'information adaptée au milieu québécois. Les principes d'application essentiels d'un système d'informatique sont à notre avis :

1. l'établissement, au niveau provincial, d'un plan de développement à long terme du système;

2. la définition précise du rôle de l'informatique dans l'ensemble du système de distribution des soins;
3. la reconnaissance du rôle des ORS, en collaboration avec les CHU et les universités, dans l'aménagement de centres régionaux d'informatique;
4. l'intérêt des responsables de la distribution des soins dans la mise en place du système;
5. l'identification des individus et la coordination des informations;
6. la définition précise, dans une terminologie rigoureuse, des problèmes soumis à l'ordinateur par le personnel du régime de la santé.

1625. Ces principes guideront les personnes chargées de la création d'un système de traitement de l'information pour l'avenir. Ils concernent aussi l'application progressive du système aux différentes parties du régime de la santé (administration, laboratoire, consultation de dépistage). Les domaines d'application de l'informatique aux secteurs de la santé sont déjà nombreux et nous croyons utile d'en faire une revue rapide dans les pages qui suivent.

II. — LES DOMAINES D'APPLICATION

1626. L'ordinateur est avant tout un instrument qui éclaire les professionnels de la santé et réduit les délais actuellement nécessaires à une vue d'ensemble exacte et à la prise des décisions fondamentales, mais il ne remplace pas la pensée humaine, que ce soit pour la formulation d'un problème ou pour l'interprétation de la réponse fournie.

1627. Rappelons ses principaux avantages : capacité de traiter d'énormes quantités de données et rapidité à accomplir des analyses et des corrélations avec une incroyable précision dans les opérations et dans le traitement de l'information.

1628. Quant aux domaines majeurs d'application, on les groupe en deux classes principales : une classe où l'application est possible à court et à moyen terme et qui remplace un personnel coûteux, et une autre classe où la recherche tend à des applications à long terme.

A. — LES DOMAINES D'APPLICATION À COURT TERME

1. — LES LABORATOIRES

1629. Le domaine d'application le plus courant de l'informatique est l'assemblage, la transformation mathématique et la mise en mémoire de matériaux quantifiés et graphiques fournis par les appareils de laboratoire clinique. La plus grande partie du laboratoire, associée à des autoanalyseurs, est ainsi automatisée, et les résultats sont transmis très rapidement après interprétation par l'appareil.

1630. On prévoit à cet égard l'automatisation en de nombreuses sphères : commande et exécution d'examens, lecture, interprétation et transmission des résultats aux intéressés, systématiquement ou sur demande.

1631. Dans la lecture et l'interprétation des résultats, on peut faire automatiquement la comparaison par rapport aux conditions normales, non seulement pour des données numériques, mais également pour des tracés (électrocardiogrammes, électro-encéphalogrammes, médecine nucléaire, radiodiagnostic), et même réaliser l'interprétation d'images (caryotypes).

1632. Il ne nous appartient pas de discuter des différentes techniques d'une automatisation complète du laboratoire. L'application à ce domaine est cependant d'une grande importance pour l'organisation des laboratoires ordinaires et sera probablement la première application de l'ordinateur à influencer directement sur la qualité des soins aux malades. L'enregistrement et l'analyse des résultats selon le type de malade et le genre d'examen sont extrêmement précieux pour l'étude de la qualité des soins, la recherche épidémiologique et l'organisation du système de distribution des soins.

2. — LE DOSSIER MÉDICAL

1633. Le dossier médical n'a qu'une importance relative lorsqu'un client est suivi et traité par un seul médecin. Aujourd'hui, avec la mobilité de la population, la formation d'équipes de soins et la spécialisation du traitement, le dossier médical prend une importance primordiale. Son institution a d'ailleurs été l'une des premières applications de l'ordinateur dans le secteur de la santé et il est la principale source d'information pour fins de planification, d'évaluation et de recherche clinique ou épidémiologique.

1634. Actuellement, les éléments du dossier médical sont dispersés, et leur coordination en est lente et forcément incomplète¹. L'informatique permet l'enregistrement de toutes les données concernant un malade; ensuite, qu'il s'agisse d'indications sur la personne ou bien de résultats cliniques, elle permet qu'on les obtienne sur demande ou qu'on les utilise instantanément à l'endroit désiré. Dans ce cas, l'ordinateur assure la diffusion de toutes les informations grâce à une mémoire à accès sélectif, qui affecte à chaque individu, sous son numéro d'identification, une classification déterminée. On consulte cette mémoire aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur des centres de santé.

1635. Le contenu du dossier, si abondant soit-il, peut être transcrit facilement dans l'espace restreint d'une mémoire auxiliaire. Mais il en est autrement si l'on se sert du dossier mécanographique, non seulement pour les fins de la gestion dans le domaine de la santé, mais aussi pour toutes les autres personnes intéressées à l'évolution de la maladie. Il faut alors supprimer le superflu et condenser le dossier à l'aide de codes simples ou, pour d'autres parties d'information (observation médicale, protocoles, etc.), par l'emploi de méthodes de codification.

1636. L'informatique force donc le système de la santé à préciser d'abord, puis à uniformiser sa terminologie et ses méthodes protocolaires. Le dossier mécanographique servira de plus en plus aux applications internes et externes pour lesquelles il fournit des renseignements, à mesure qu'avance ce processus de standardisation. Finalement, on placera tout le dossier dans une mémoire et chaque individu n'aura qu'un seul dossier médical toujours à la disposition du personnel du régime de la santé.

1637. C'est alors qu'on se rendra compte des nombreux avantages du traitement de l'information :

- a) méthodes simplifiées pour mettre en mémoire et retourner les données;
- b) contenu rapidement accessible, pouvant être consulté simultanément par plusieurs postes récepteurs internes;
- c) dossier pouvant être rapidement consulté d'un endroit éloigné;
- d) élimination du risque de perte (dans le transport du dossier);
- e) vérification et contrôle plus rigoureux du contenu du dossier;

¹ Voir le chapitre III du présent volume : « La situation actuelle du régime de la santé ».

f) rédaction du dossier suivant une formule normalisée;

g) intégration des dossiers pour divers types d'épisodes (constitution de la fiche médicale).

1638. Un tel système permet aux médecins, dès leur première rencontre avec le malade, de prendre connaissance immédiatement des données cliniques recueillies au centre de santé et, enfin, de classer dans les archives tous ces renseignements. La mémorisation automatique des données complètes est extrêmement précieuse pour les études épidémiologiques et pour l'évaluation de la qualité et de la distribution des soins.

1639. La plus grande difficulté à ce sujet est de déterminer et d'uniformiser les données d'entrée (*input data*). Elle implique la normalisation de la collecte des données et la transmission de l'information sous une forme proche de la terminologie habituelle. Les recherches faites sur les problèmes de vocabulaire conduiront ainsi à une amélioration de la terminologie médicale elle-même.

3. — LA RECHERCHE

1640. L'informatique offre aux chercheurs dans les sciences de la santé un instrument de calcul très puissant et jusqu'à présent inégalé. Dans plusieurs centres, d'ailleurs, l'alliance entre l'homme et la machine est déjà bien établie et a permis d'obtenir des résultats encore inespérés il y a seulement quelques années. L'ordinateur est utile, voire indispensable dans divers types de recherche. Ainsi, la recherche clinique en médecine peut porter sur la thérapeutique qui compare des groupes semblables ayant reçu des traitements différents. Toutefois, l'épidémiologie demeure le domaine de recherche qui bénéficiera le plus de cette nouvelle technique. On sait que l'épidémiologie est l'étude de la répartition des maladies et la recherche des facteurs déterminants de cette répartition (âge, sexe, origine ethnique, région, etc.); elle repère les groupes les plus touchés et répartit en conséquence les moyens curatifs et préventifs. L'étude des taux de morbidité est un exemple des recherches épidémiologiques essentielles lorsqu'on veut connaître l'état de santé de la population d'une région ou d'un pays. L'informatique recueille et analyse rapidement les données nécessaires à ces études.

1641. Certains travaux de recherche médicale, parfois classés sous le terme général de biomathématiques, font appel aux mathématiques. Nous mentionnerons l'étude des signaux physiologiques

(en neurophysiologie ou en cardiologie), les modèles, qui sont la construction du modèle mathématique d'un phénomène réel et le calcul de l'évolution de ce modèle dans le temps et, enfin, la simulation¹. Ces études portent généralement sur un nombre assez faible de sujets mais exigent des calculs complexes. Ces techniques, parfois utiles en biologie humaine, servent surtout dans la recherche opérationnelle. Celle-ci, rappelons-le, est une technique d'analyse scientifique (mathématique) des phénomènes d'organisation, qui fournit aux administrateurs des éléments quantitatifs servant de base aux décisions à prendre dans leurs services². Ici l'informatique permet les calculs complexes nécessaires à l'usage des diverses techniques de cette recherche opérationnelle.

4. — LA SURVEILLANCE

1642. On obtiendra un appoint important dans la surveillance des malades grâce à l'informatique qui traite les données précises recueillies au cours de la période d'observation du malade. Certains appareils d'examen pour cardiaques (rythme du pouls, pression sanguine, rythme respiratoire, etc.) présentent les mesures sous forme de signaux électriques que l'ordinateur enregistre directement, et par des calculs immédiats, on apprécie de façon continue l'état du malade.

1643. Cette technique représente une aide précieuse pour les malades qui traversent une phase aiguë : les cardiaques, les opérés, les accidentés, les personnes souffrant d'insuffisance rénale. Le but d'une surveillance continue pour de tels malades est de mesurer des données physiologiques vitales qui permettent de détecter immédiatement toute complication et d'y remédier au plus tôt.

1644. Si le perfectionnement des méthodes de surveillance des malades se révèle beaucoup plus difficile qu'on ne l'a prévu il y a une décennie, il faut incriminer, en partie, le manque d'instruments de mesure précis en clinique et les difficultés techniques qui ont surgi dans la mise au point d'un système complet de surveillance des malades. Ce genre d'application est intéressant, mais se limite à quelques domaines seulement.

¹ La simulation est la représentation de systèmes physiques (par des compteurs, avec un équipement approprié).

² Voir à ce sujet : Philip M. Morse et George E. Kimball : *Methods of Operations Research*, The Technology Press of Massachusetts Institute of Technology et John Wiley and Sons (Inc.), New York, 1951.

5. — LE DÉPISTAGE

1645. On a beaucoup discuté du concept de dépistage au cours des dernières années. Ce procédé présente de grands avantages car il permet de déceler précocement les maladies et de mieux utiliser le temps des spécialistes, qui abandonnent ainsi à des techniciens bien formés la responsabilité de ces examens. Comme le soulignait récemment un auteur :

Automated multitest laboratories with automated, electronic, and computer equipment are used as an integral part of a routine periodic health examination for 4,000 patients a month. The automated multitest laboratory provides electrocardiography, anthropometry, chest and breast X-rays, visual acuity tests, tonometry, retinal photography, audiometry, vital capacity determinations, a health questionnaire on prepunched cards and laboratory tests including eight blood chemistries done simultaneously with direct punched-card output. Before the patient leaves the multitest laboratory, additional indicated procedures are arranged in accordance with programmed computer "advice" rules. When all test reports are received, the computer prints out a summary report for the physician. The advent of automation and computers may introduce a new area of preventive medicine ¹.

1646. Dans le dépistage, on procède à des tests simples pour découvrir les personnes manifestant quelque symptôme pathologique, et au besoin on les examine plus à fond en vue d'un diagnostic précis et, s'il y a lieu, d'un traitement approprié.

1647. On opère ce dépistage de plusieurs manières : dépistage sélectif d'une maladie, dépistage de masse, dépistage courant, en milieu hospitalier ou dans l'industrie, ou encore au sein de ghettos urbains ou ruraux. Certains projets expérimentaux donnent des résultats encourageants mais il est encore difficile de connaître la valeur préventive exacte de cette technique et surtout ses avantages par rapport au coût total (*cost benefit*).

1648. Pour être vraiment efficace, on doit l'employer selon certains critères de grande sensibilité, d'efficacité et de bonne administration. De plus, il faut effectuer les tests en laboratoire sans trop de délai ; car si le dépistage utilise des techniques très spécialisées, par exemple la bronchoscopie ou la rectoscopie, il devient beaucoup trop onéreux : il s'applique à un trop petit nombre de personnes et on ne peut alors en généraliser l'emploi.

¹ Extrait de : Morris F. Collen : « Periodic Health Examinations Using an Automated Multitest Laboratory », *Journal of the American Medical Association*, mars 1966, vol. 195, N° 10, p. 830.

1649. Enfin, la fréquence de la maladie à dépister est un critère important. En effet, si une maladie atteint deux ou trois personnes sur 100,000, le coût réel de la mise en place d'un service de dépistage n'est pas suffisamment justifié, et ceci s'applique principalement au dépistage sélectif d'une maladie.

B. — LES DOMAINES D'APPLICATION À LONG TERME

1. — LE DIAGNOSTIC

1650. Le diagnostic n'est jamais qu'une série, consciente ou intuitive, d'opérations logiques basées sur des observations multiples (symptômes, signes physiques, examens de laboratoire). Théoriquement, rien n'empêche l'automatisation de ces opérations conduites selon un programme bien conçu. Toutefois, la rigueur du raisonnement et la précision des données étayant le diagnostic ne sont pas toujours suffisantes pour qu'on confie à un ordinateur un programme utile aux médecins; c'est pourquoi l'on s'efforce d'utiliser d'autres techniques.

1651. La méthode statistique, reposant sur les probabilités selon le théorème de Bayes reçoit le plus d'attention : on l'applique au diagnostic des maladies cardiaques congénitales, des maladies de la glande thyroïde et au dépistage des tumeurs osseuses. Mais on étudie d'autres méthodes actuellement, sur une base expérimentale, telles la méthode de Neyman et la taxomanie numérique¹.

1652. On apporte de nombreuses objections à l'emploi de l'ordinateur dans l'établissement des diagnostics. La plus sérieuse repose sur l'absence d'une définition logique de la « maladie » et le fait que le diagnostic varie, même en partant d'informations identiques. Un auteur résume ces critiques ainsi :

The major problems in medical diagnosis, in the methodology of medical diagnosis, are problems for physicians and until the physician is willing to investigate his own discipline, investigate his own terminology and his own methodology, all the computer engineer, physical scientist or mathematician can do is to stand in the wings and help out in very minor ways².

¹ Robert S. Ledley et Lee B. Lusted : « Reasoning Foundations of Medical Diagnosis », *Science*, juillet 1959, vol. 130, N° 3366, pp. 9-21. Hower R. Warner *et al.* : « A Mathematical Approach to Medical Diagnosis », *Journal of the American Medical Association*, juillet 1961, vol. 177, N° 3, pp. 177-183. G. A. Gory et G. O. Barnett : « Experience with Model of Sequential Diagnosis », *Computing and Biomedical Research*, mai 1968, pp. 490-507.

² Extrait de Ralph L. Engle : « Medical Diagnosis : Present, Past and Future, Part III, Diagnosis in the Future, Including a Critique on the Use of Electronic Computers as Diagnostic Aids to the Physician », *Archives of Internal Medicine*, juillet-décembre 1963, vol. 112, pp. 530-543.

1653. Il semble donc indispensable que la profession médicale définisse de façon plus précise sa terminologie et sa méthodologie du diagnostic avant d'utiliser l'ordinateur à cette fin.

2. — L'OBSERVATION MÉDICALE

1654. L'accès sélectif¹, grâce à l'ordinateur, aux renseignements nécessaires à l'observation médicale d'un malade est une autre possibilité de la technique moderne. Dans cette rencontre entre l'homme et la machine, il importe que l'ordinateur réponde avec rapidité et exactitude.

1655. Trois raisons principales justifient l'automatisation de l'observation médicale :

- a) on obtient une plus grande efficacité dans la distribution des soins en augmentant la productivité du médecin;
- b) l'utilisation de l'observation médicale tend au dépistage précoce des maladies. Les questions élaborées en vue de découvrir les symptômes précoces de certaines maladies sont particulièrement utiles;
- c) cette technique favorise la recherche en vue d'uniformiser la terminologie et l'information codée. Elle facilitera grandement les études épidémiologiques et le diagnostic médical par ordinateur.

1656. Il faut déployer des efforts considérables pour que les professionnels de la santé et les spécialistes de l'informatique s'entendent au sujet des critères de diagnostic et des techniques normalisées à utiliser dans le questionnaire. Nous commençons seulement à entrevoir les profondes transformations qu'entraîneront dans les sciences de la santé ces nouvelles techniques du traitement de l'information.

3. — L'ENSEIGNEMENT

1657. L'ordinateur offre des avantages encore mal connus dans le domaine de l'enseignement. Cette méthode permet d'individualiser l'enseignement selon les connaissances préalables et le rythme de

¹ Voir page 130 de *Introduction à l'informatique commerciale* par Beryl Robichaud, collection Gregg, McGraw-Hill, (édit.), Montréal, pour l'explication technique de : « accès sélectif ».

chacun. L'ordinateur doit être équipé de mémoires spécialisées et de stations terminales, d'écrans de télévision, de systèmes audiovisuels, etc., qui permettent le dialogue avec les élèves.

1658. On rédige les programmes conformément aux règles didactiques de cette méthode. L'élève et l'ordinateur sont en interaction constante, les échanges interrogation—réponse s'effectuent en temps réel et un véritable dialogue s'établit, dans la langue courante, entre l'élève et la machine.

1659. L'application de l'enseignement programmé sur ordinateur n'a pratiquement pas de limite. On lui reproche uniquement cette absence de contact humain qui est sans doute nécessaire à certaines étapes de l'apprentissage. La méthode présente une très grande souplesse pour l'adaptation simultanée de techniques auxiliaires d'enseignement plus dynamique — l'emploi de dispositifs visuels, par exemple, et l'élaboration même des séquences d'un programme d'enseignement.

1660. Dans l'enseignement, le deuxième grand secteur d'expérimentation est celui de la formation clinique. Les diverses applications utilisent une méthode qui a beaucoup en commun avec l'enseignement programmé. Seul diffère le contenu du programme, qui présente un cas clinique et met à l'épreuve la capacité de l'élève à exercer ses connaissances théoriques. L'exercice se fait habituellement sur le sujet même, mais rien n'empêche de créer des cas fictifs, tout au moins pour favoriser la formation scientifique de l'élève. Ceci exige que l'ordinateur prenne non seulement la place d'un malade mais aussi qu'il se transforme en un professeur capable de suivre, d'évaluer et de critiquer l'étudiant en médecine dans le cheminement clinique à poursuivre.

1661. Les mêmes problèmes de terminologie, de diagnostic médical, etc., existent dans ce cas et doivent faire l'objet de recherches avant que l'on généralise les expériences en cours.

4. — LE SYSTÈME GLOBAL DE TRAITEMENT DE L'INFORMATION

1662. L'informatique joue un rôle prépondérant dans le stockage et la transmission des données dans le cadre de n'importe quel système. Nous parlerons de son rôle dans la gestion administrative, dans l'organisation et dans la planification relevant du domaine de la santé.

a) La gestion administrative

1663. On utilise couramment l'ordinateur pour la gestion administrative et son rôle est le même que dans toute autre entreprise. Il suffit d'énumérer ici les tâches les plus connues : système de la liste de paye, gestion des stocks, comptabilité analytique et comptabilité générale. Il s'agit là de l'aspect administratif du domaine des finances et l'on doit évaluer les avantages de l'ordinateur à ces fins, dans le secteur de la santé.

b) L'organisation des soins

1664. Dans les grands hôpitaux, la masse de l'information atteint des proportions considérables et le fonctionnement des communications internes présente un problème. L'ordinateur résout en partie ce problème, à condition que l'établissement hospitalier soit assez important.

1665. Au point de vue de l'hôpital, l'automatisation indique, dans les plus brefs délais, lors de l'admission d'un malade, quels lits sont libres dans les différentes unités de soins et dirige le nouvel arrivant au bon endroit. Il en est de même pour l'utilisation des locaux dans l'hôpital ou à la consultation externe, pour les rendez-vous, les transferts de malades, le tour de service des infirmières, les diètes, etc. L'organisation de l'hôpital peut, semble-t-il, y trouver amélioration et plus grande efficacité.

1666. Les relations et les communications entre les divers établissements bénéficient aussi de grands avantages grâce à l'automatisation des opérations décrites plus haut, et notamment dans le transfert, grandement simplifié, des malades et de leur dossier d'un établissement à un autre.

c) La planification

1667. La planification dans le domaine de la santé exige la définition précise d'objectifs en se fondant sur une connaissance suffisante des besoins de soins médicaux de la population et sur une connaissance des ressources de la région. Les « banques de données » qu'établit l'ordinateur permettent sûrement une planification plus rationnelle. La connaissance du taux de morbidité dans une zone, dans une région ou dans l'ensemble du Québec de même que l'inventaire descriptif des ressources déterminent les moyens à prendre en vue d'améliorer l'état de santé de la population et facilitent énormément le choix des priorités.

1668. L'informatique est un instrument particulièrement utile pour recueillir les informations complètes et analyser les conséquences de l'adoption de variantes aux programmes, quant aux coûts de chaque option envisagée et à leurs répercussions sur l'ensemble du système de distribution des soins.

1669. Le régime de la santé doit prévoir en vue de la planification :

- 1° une « banque de données » accessible au personnel chargé de l'organisation et de la distribution des soins;
- 2° l'utilisation d'informations récentes;
- 3° le regroupement des renseignements sur les ressources (établissements, matériel et appareils, effectifs) et les personnes qui reçoivent les soins;
- 4° les modèles de simulation pour étudier, sur l'ensemble du régime, l'effet des changements projetés dans les différents services.

1670. On n'a pas encore effectué d'études épidémiologiques en vue d'obtenir ces résultats. La préparation des programmes de recherche dans ce domaine est longue et difficile, et les dépenses onéreuses. Plusieurs expériences en cours au Québec permettent d'espérer une connaissance prochaine plus complète de l'état de santé de la population.

CONCLUSION

1671. L'application de l'informatique aux sciences de la santé, encore à ses débuts, révèle déjà les nombreux domaines dans lesquels elle peut servir. Ceux-ci prendront rapidement de l'ampleur dès qu'on aura surmonté certaines difficultés techniques. Le traitement de l'information deviendra alors une technique courante dans l'exercice des professions de la santé. Il est donc à prévoir que l'informatique modifiera non seulement l'exercice professionnel mais aussi l'organisation même du régime de la santé.

1672. L'installation au Québec d'un système intégré d'informatique pour les sciences de la santé émerge au budget du gouvernement. La Commission insiste pour que des centres régionaux d'informatique soient mis en place progressivement, sous la responsabilité des ORS, en collaboration avec les CHU et les universités, en vue d'instaurer un système de traitement de l'information.

RECOMMANDATION

La Commission recommande :

4.XIII.223. QU'un système de traitement intégré de l'information soit établi au Québec à partir des principes suivants :

- 1° l'établissement par le gouvernement du Québec d'un plan de développement à long terme;*
- 2° la définition précise du rôle de l'informatique dans l'ensemble du système de distribution des soins;*
- 3° la reconnaissance du rôle des ORS, en collaboration avec les CHU et les universités, dans la création de centres régionaux de traitement de l'information;*
- 4° la participation des personnes chargées de l'organisation et de la distribution des soins dans la mise en place du système;*
- 5° l'identification des individus et des familles par l'établissement de la fiche médicale individuelle;*
- 6° la définition exacte, dans une terminologie précise et rigoureuse, des problèmes soumis à l'ordinateur par le personnel du régime de la santé.*

Titre quatrième

L'instauration du régime de la santé

Sous ce titre, nous examinons les principaux problèmes concrets soulevés par la mise en œuvre du régime de la santé proposé, les implications financières et législatives correspondantes et, en conclusion, nous établissons un ordre de priorités d'action.

L'application du régime pose des problèmes concrets que nous étudions au chapitre XIV : tour à tour, nous traitons des régions sanitaires, des programmes d'action, de l'établissement d'une politique des ressources humaines et, enfin, de l'implantation des centres de santé.

L'étude des implications financières du régime, qui fait l'objet du chapitre XV, porte principalement sur le coût des services de santé et la rémunération des professionnels. Quant aux implications législatives, nous nous contentons, sur un plan très général, d'identifier les points majeurs de la réforme envisagée.

La conclusion propose comme priorités d'action : l'élimination des disparités, l'élargissement du concept de soins personnels et l'assainissement du milieu.

XIV

**Les régions sanitaires, les programmes de soins
et de salubrité publique et l'implantation
des centres de santé**

Les régions sanitaires, les programmes de soins et de salubrité publique et l'implantation des centres de santé

INTRODUCTION

1673. Après l'énoncé des objectifs généraux d'une politique de la santé, la Commission a recommandé aux chapitres V et VI¹ des changements radicaux d'orientation dans la distribution des soins, l'exercice professionnel et la structure des organismes et des établissements de santé. Elle a présenté ces changements comme des conditions essentielles à la poursuite des objectifs généraux; cependant, on ne peut les réaliser tous en même temps, et d'un seul coup.

1674. En plus de la définition d'une politique de la santé pour l'ensemble du Québec, laquelle constitue la première de nombreuses étapes, l'instauration du régime de la santé nécessite :

- la création de régions sanitaires;
- l'identification, par les ORS, des besoins de la population, le choix des priorités, et l'élaboration des programmes d'action;
- la définition des besoins en ressources humaines, le recrutement et l'organisation de ces ressources;
- le regroupement des établissements de santé, la détermination des besoins nouveaux, et l'emplacement des nouvelles installations.

1675. Dans le présent chapitre, la Commission ajoute des éléments qui serviront de guide dans la délimitation des régions, l'élaboration de programmes d'action initiaux, le choix d'une politique des ressources humaines, et l'implantation des centres de santé.

I. — LES RÉGIONS SANITAIRES

1676. Étape cruciale de l'instauration du régime, la régionalisation des soins doit être appliquée assez rapidement à l'ensemble du Québec.

¹ Voir le chapitre V : « Le régime de la santé » et le chapitre VI du présent volume : « L'organisation du régime de la santé ».

1677. Bien que tous admettent dans le monde de la santé, la nécessité d'une régionalisation des soins, c'est seulement par la voie d'une expérience pilote que ce processus est aujourd'hui engagé au Québec¹. Le but même de cette expérience est d'arriver par l'expérimentation à une répartition des fonctions entre le niveau central et le niveau régional.

1678. Sans nier la valeur de cette expérience dont la Commission s'est d'ailleurs inspirée, il faut insister sur le fait que la régionalisation occupe dans l'ensemble de nos recommandations une position-clé : elle est le moyen par excellence de réaliser les changements radicaux d'orientation dans la distribution des soins. À cette fin, le partage des fonctions et des pouvoirs de décision est clairement défini, mais il reste à identifier les régions sanitaires du Québec.

1679. La Commission a énoncé antérieurement l'ensemble des critères qui servent de base au choix des régions sanitaires². Au plan des principes, la dimension des régions doit permettre la centralisation des fonctions de planification et de coordination à un niveau qui favorise la participation de la population et l'adaptation des soins à ses besoins, et qui assure un regroupement obéissant à des critères de qualité et d'efficacité.

1680. En pratique, le découpage des régions sanitaires se heurte à des difficultés qu'on ne peut minimiser : étendue du territoire et faible densité de la population, configuration géographique générale, emplacement des centres d'enseignement et répartition de l'équipement actuel. Les critères de régionalisation doivent pondérer l'influence relative de ces facteurs.

1681. L'autonomie relative de la région est le premier critère de découpage et de dimension de la région. L'application de ce critère repose, d'une part, sur la définition d'un réseau complet de distribution des soins et, d'autre part, sur les exigences de rentabilité dans l'organisation de ce réseau.

1682. Si l'on tient compte des soins ultraspécialisés qui complètent la gamme des soins nécessaires à une région, on établit que le bassin minimal de population se situe entre 1.0 et 1.5 million d'habitants, et pour une population très dense, ce minimum atteint

¹ Nous faisons allusion ici aux travaux du Comité de planification des services de santé des Cantons de l'Est.

² Voir à ce sujet le chapitre V du présent volume : « Le régime de la santé ».

facilement 2 et même 2.5 millions d'habitants. C'est pourquoi les dimensions des régions sanitaires de différents pays ou États ne sont pas partout les mêmes¹.

1683. Les études et les expériences effectuées dans les milieux rapprochés de notre province fixent la dimension des régions autonomes le plus près possible de 1 million d'habitants². Toutefois, la concentration de la population, bien plus dense dans la région de Montréal que dans les autres parties du territoire québécois, commande une certaine flexibilité dans la délimitation de nos régions sanitaires.

1684. À partir des critères de régionalisation précédemment définis, un deuxième élément essentiel s'ajoute dans la détermination des régions sanitaires du Québec. Dans un chapitre précédent³, nous retenions comme critère la présence au sein d'une région, d'un centre universitaire (faculté de médecine ou des sciences de la santé) auquel se rattachent un ou plusieurs CHU. Cette présence assure la collaboration des professionnels de la santé les plus spécialisés et les plus aptes à assister les ORS. Elle favorise surtout la formation des étudiants des sciences de la santé, mis en contact avec la dimension globale de leurs futures responsabilités, et la coordination des programmes d'enseignement, de recherche et de distribution des soins.

1685. Cette exigence rend plus déterminant l'emplacement actuel des centres d'enseignement universitaire dans la délimitation des régions sanitaires. Toutefois, répétons ici que les ORS sont des organismes totalement distincts et indépendants des centres universitaires et des CHU. Il existe actuellement quatre centres universitaires qui dispensent l'enseignement de la médecine et des sciences de la santé : deux à Montréal, un troisième à Québec et le dernier à Sherbrooke.

1686. La présence de l'université Laval intensifie le foyer d'attraction que représentent les hôpitaux affiliés de la région métropolitaine de Québec, et constitue le cœur d'une région sanitaire assez

¹ En France et dans l'État de New York, les organismes de planification ont retenu comme bassin minimal une population de 1.5 à 2 millions; dans l'État du Massachusetts et en Ontario, une population de 1 à 1.2 million. Enfin, en Suède et au Royaume-Uni, les régions sanitaires desservent entre 650,000 et 1.5 million d'habitants. Voir à ce sujet le tableau V.1 du chapitre V du présent volume.

² Par contre, il est évident que des régions sanitaires de cette dimension ne pourront disposer de tous les soins ultraspecialisés puisque certains de ces soins ne s'adressent qu'à des populations de 6 millions et plus; de ce point de vue, le Québec ne constitue véritablement qu'une seule région sanitaire.

³ Voir le chapitre V du présent volume : « Le régime de la santé ».

importante, à laquelle on peut rattacher les régions administratives du Saguenay—Lac-St-Jean, du Bas St-Laurent—Gaspésie, de la Côte Nord et du Nouveau-Québec. La région du Saguenay—Lac-St-Jean compte une population inférieure à 300,000 habitants et les études démographiques n'y prévoient pas une augmentation rapide de la population. La Commission considère que cette région ne peut établir une faculté des sciences de la santé dans un avenir immédiat.

1687. De même, le centre universitaire de Sherbrooke où l'on trouve une concentration importante des ressources et de l'équipement sanitaire du Québec, devient lui aussi le pôle d'une région sanitaire comprenant les régions administratives des Cantons de l'Est et de Trois-Rivières¹.

1688. Bien qu'il y ait à Montréal deux centres universitaires d'enseignement des sciences de la santé, il n'apparaît pas réaliste de partager la zone métropolitaine de Montréal en deux régions sanitaires. La zone métropolitaine constitue le territoire le plus homogène au Québec, quant à son écologie du moins, et il importe de ne pas le fragmenter outre mesure, en en confiant, par exemple, une partie à l'université McGill et l'autre à l'université de Montréal. Une telle solution produirait d'inévitables disparités dans le régime de la santé qui, tout en étant différentes de celles d'aujourd'hui, n'en seraient pas moins déplorables.

1689. Au surplus, la Commission rejette tout découpage fondé sur des critères de religion ou de langue. Par contre, une régionalisation qui ignore la délimitation d'aires linguistiques n'élimine pas pour autant les établissements essentiellement francophones ou anglophones; la prédominance de l'une ou de l'autre langue peut demeurer, selon la population desservie, à la condition expresse que tout établissement soit en mesure d'accueillir des malades de chacune des deux communautés linguistiques. Plusieurs hôpitaux ont déjà amorcé des réformes en ce sens.

1690. Ainsi, la Commission estime qu'il faut considérer la délimitation du territoire montréalais :

- 1° indépendamment des concentrations ethniques et linguistiques et selon les critères objectifs appliqués ailleurs : autonomie

¹ Pour un meilleur équilibre des bassins de population, on pourrait songer à détacher de la région de Montréal la région située au sud de Montréal pour la rattacher à la région des Cantons de l'Est. Mais ce serait là méconnaître entièrement les pôles d'attraction naturels, la répartition de la population entre les centres de santé et l'importance de l'équipement sanitaire concentré à Montréal.

relative, rendement des ressources et accès aux soins mesurés par bassin de population, selon le niveau des soins; le temps mis par les usagers à parcourir les distances; l'équipement public actuel et la répartition du personnel et de l'équipement dans le secteur de l'exercice privé;

- 2° dans la perspective d'une affectation régionale des effectifs professionnels, selon un rapport qui traduise aussi fidèlement que possible le profil linguistique de la population desservie.

1691. La Commission croit que la zone de l'île de Montréal est indivisible et que l'on doit confier les responsabilités du régime de santé à un ORS dont la juridiction s'étendra aux régions administratives de Montréal, de l'Outaouais et du Nord-Ouest. Cet ORS sera en relation avec les deux centres universitaires existants, Montréal et McGill, selon les besoins de la région et de la population.

1692. Enfin, les bassins de population du Nord-Ouest et de l'Outaouais ne permettent pas d'en faire des régions sanitaires autonomes¹ et il est important que ces territoires profitent davantage des ressources sanitaires du Montréal métropolitain, sans pour autant être assimilés à son immense bassin de population. C'est en fonction de ces objectifs et en tenant compte du développement qu'est susceptible de connaître au cours des dix prochaines années le territoire situé au nord et au nord-ouest de Montréal, que nous prévoyons pour l'avenir (1980) un groupement, à partir de Ville de Laval, d'un certain nombre de sous-régions de la région administrative de Montréal et des régions administratives de l'Outaouais et du Nord-Ouest. Le champ d'attraction de la région métropolitaine justifie l'implantation à Montréal d'un troisième centre d'études universitaires dans les sciences de la santé au cours des dix prochaines années. On confierait alors à l'Université du Québec l'organisation de ce nouveau centre universitaire que nous verrions bien situé à Ville de Laval.

1693. Ces éléments déterminants parmi les critères de régionalisation précédemment définis nous conduisent donc à l'identification de trois grandes régions sanitaires au Québec, et à la prévision d'une quatrième, au cours de la prochaine décennie.

1694. Les trois régions offrent un éventail relativement complet de soins et desservent des bassins de population de 800,000 à 3 millions

¹ Suivant des prévisions démographiques établies par le Bureau de la statistique du Québec, la population respective de l'Outaouais et du Nord-Ouest québécois serait, en 1971, de 215,000 habitants et de 170,000 habitants.

et demi d'habitants. Chacune d'elles se rattache ou peut se rattacher à un centre universitaire. Au point de vue de la distribution des soins, elles permettent une planification et une programmation interne qui couvrent la presque totalité des soins. Au niveau de l'administration, elles respectent le découpage du territoire québécois en régions et en sous-régions administratives, et nous semblent représenter également des aires fonctionnellement cohérentes qui favorisent l'établissement de relations complémentaires dans des domaines autres que celui de la santé.

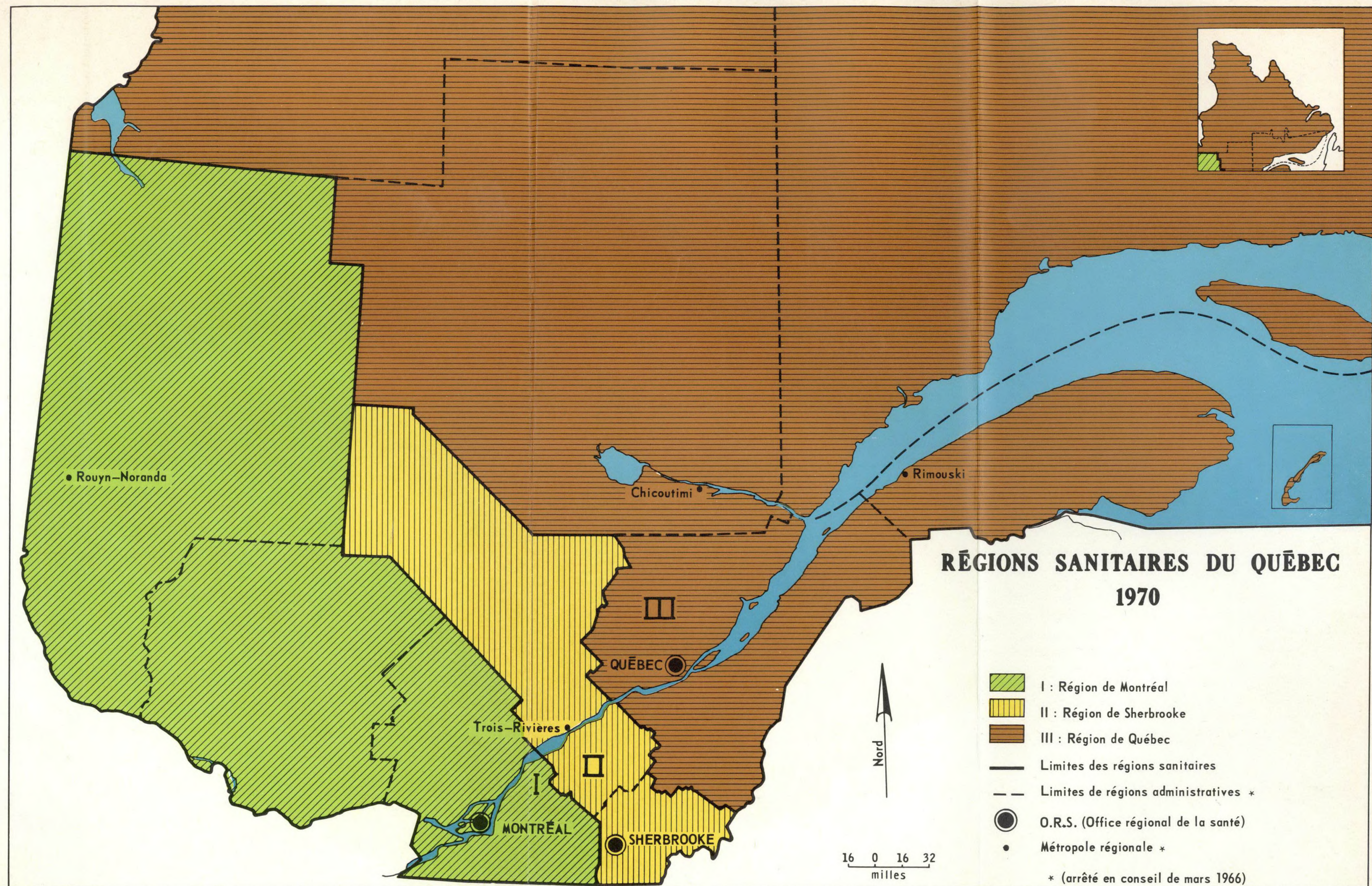
1695. Les trois grandes régions sanitaires sont donc (voir la carte XIV.1) :

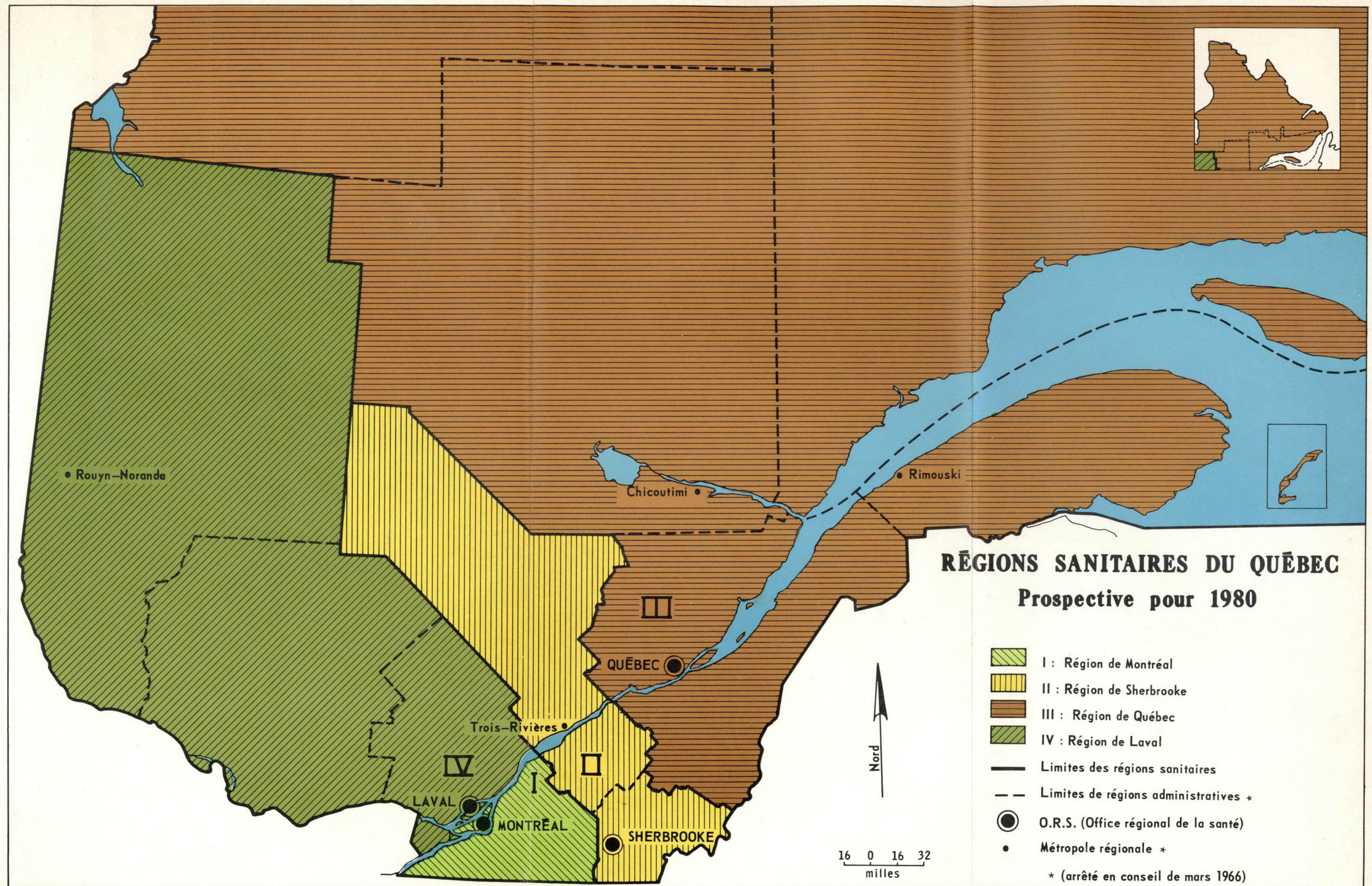
- 1° la région sanitaire de Québec, comprenant les régions administratives de Québec, du Bas Saint-Laurent—Gaspésie, du Saguenay—Lac-Saint-Jean, de la Côte Nord et du Nouveau-Québec; en 1971, la population de cette région atteindra environ 1,560,000 habitants;
- 2° la région sanitaire de Sherbrooke, qui englobe les régions administratives de Trois-Rivières et des Cantons de l'Est; sa population en 1971 sera de 840,000 habitants;
- 3° la région sanitaire de Montréal, qui réunit les régions administratives de Montréal, de l'Outaouais et du Nord-Ouest; la population prévue pour 1971 est de 3,473,000 habitants.

1696. On prévoit une quatrième région pour 1980 (voir la carte XIV.2); elle comprendrait Ville de Laval, le territoire au nord et au nord-ouest de Montréal, l'Outaouais et le Nord-Ouest. La population prévue pour 1981 y est d'environ 1,175,000 habitants¹.

1697. L'étendue de ces régions rend utile et même nécessaire leur subdivision en sous-régions, ayant chacune comme pôle d'attraction, un important CCS qui offre l'éventail complet des soins spécialisés. Un tel découpage permet de respecter en grande partie celui des dix régions administratives. Chaque région sanitaire, formée d'un certain nombre de régions et de sous-régions administratives, a un pôle régional qui comprend un centre d'enseignement universitaire et des centres principaux de soins ultraspécialisés, d'enseignement clinique et de recherche.

¹ Prévisions du Service démographique, Bureau de la statistique du Québec, ministère de l'Industrie et du Commerce, 1969. Données inédites.





1698. Toutefois, le cadre régional proposé ici demeure sujet à modification au fur et à mesure de l'évolution démographique et économique des agglomérations du Québec.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

4.XIV.224. *QUE le bassin démographique minimal pour une région sanitaire se situe le plus près possible de 1 million d'habitants.*

4.XIV.225. *QUE les régions sanitaires du Québec soient initialement au nombre de trois :*

- a) *la région sanitaire de Québec, comprenant les régions administratives de Québec, du Bas Saint-Laurent—Gaspésie, du Saguenay—Lac-Saint-Jean, de la Côte Nord et du Nouveau-Québec;*
- b) *la région sanitaire de Sherbrooke, comprenant les régions administratives de Trois-Rivières et des Cantons de l'Est;*
- c) *la région sanitaire de Montréal, comprenant les régions administratives de Montréal, de l'Outaouais et du Nord-Ouest.*

4.XIV.226. *QUE soit créé, dans les plus brefs délais, un ORS dans chacune des régions sanitaires de Québec, de Sherbrooke et de Montréal.*

II. — LES PROGRAMMES D'ACTION

1699. Une fois que des bassins régionaux seront définis et en supposant que les organismes de planification soient formés, ceux-ci auront mission d'identifier les problèmes de santé de la population de la région, de fixer des priorités et d'élaborer des programmes susceptibles d'atteindre les objectifs et les priorités du régime de la santé.

1700. On doit définir quelques-uns de ces programmes par rapport à la structure et au niveau d'utilisation des soins. Sans

préjuger des étapes qu'elle considère essentielles à une planification efficace du régime, la Commission est en mesure de suggérer des programmes relatifs à l'utilisation des soins généraux et à l'utilisation de l'hospitalisation. Nous sommes convaincus que le développement d'un réseau complet de centres locaux de santé équilibrera plus facilement le recours aux soins généraux et à l'hospitalisation.

1701. En effet, les objectifs d'accès aux soins, de qualité des soins et d'efficacité de la distribution impliquent, au plan opérationnel, que le régime de la santé atteindra une structure et un degré optimum d'utilisation des soins.

1702. La détermination de ce degré optimum nécessite sans aucun doute une meilleure connaissance de nos besoins et une étude approfondie de la relation entre l'utilisation des soins et l'état de santé de la population. À l'heure actuelle, aucune société ne dispose des résultats d'une telle étude, car les plus ambitieuses recherches, dans cette direction, ont donné des résultats inférieurs aux fins poursuivies ¹.

1703. Malgré ces limites réelles, il nous semble que plusieurs indices servent à déterminer un degré et une structure plus convenables d'utilisation des soins que ce que nous observons maintenant.

1704. Il existe dans nos sociétés divers indicateurs d'une utilisation exagérée de certains types de soins. Il suffit pour s'en convaincre d'observer (1°) les corrélations étroites entre les taux d'hospitalisation et les lits disponibles ; (2°) l'influence des consultations externes, des soins à domicile et des traitements ambulatoires sur le nombre d'admission à l'hôpital ² et (3°) l'aisance avec laquelle une proportion importante des personnes qui s'adressent aux services de santé recherchent dans cette consultation, par des examens, ou encore, par la consommation de médicaments, une sécurité surtout psychologique ³.

¹ Voir à ce sujet J. H. F. Brotherston : « Medical Care Investigation in the Health Services », *Operational Research in the Health Services*, A symposium. Published for the Nuffield Provincial Hospital Trust by Oxford University Press, Londres, 1962.

² Voir le chapitre III du présent volume : « La situation actuelle du régime de la santé ».

³ Dans un article sur la médecine actuelle, T. F. Williams rapporte que les malades exercent une influence sensible sur la décision prise par leur médecin de les adresser à un spécialiste : « One study of referral patterns to a university clinic in a rural state, based on a stratified random sample of physicians, indicated that about half of the referrals were initiated by the patients and that less than a quarter were for specific reasons — at least in the minds of the referring physicians. » Extrait de : T. F. Williams *et al.* : « Patient Referral to a University Clinic : Patterns in a Rural State », *American Journal of Public Health*, octobre 1960, vol. 50, N° 10, pp. 1493-1507.

1705. Parallèlement, il existe dans nos sociétés de nombreux indices de sous-utilisation des soins : disparité des taux de mortalité infantile¹, obstacles de divers ordres (financier, géographique, psychologique), etc. Même lorsque les soins sont financièrement et géographiquement accessibles à la population, il est prouvé que l'attitude face à la conservation de la santé ou à la maladie varie grandement selon les caractéristiques de langue, de religion et de milieu social.

1706. L'enquête canadienne sur la santé révèle que sur une population de 1,000 adultes, 800 ont été malades au cours de l'année et 670 déclarent quelque incapacité. Cependant, parmi cette même population 44.7 pour cent n'ont pas reçu de soins médicaux, 43.2 pour cent ont consulté un médecin, et 10.2 pour cent ont été admis à l'hôpital (diagramme XIV.1). Sans doute, ces données de 1951-1952 n'apportent-elles rien de très récent sur la situation des besoins de santé au Québec. En plus de ne concerner que la population adulte, elles ne nous éclairent pas davantage sur la proportion des personnes qui ont eu vraiment besoin de soins. Malgré tout, cette description du mode général d'utilisation des soins établit clairement qu'il n'y a pas correspondance entre une certaine forme de besoins ressentis, en l'occurrence, la maladie, et le recours aux soins. Or, la recherche de cette correspondance est une des tâches d'un régime de la santé qui se veut accessible. Le régime de la santé doit même aller plus loin et avoir en vue l'amélioration de la santé en offrant des soins préventifs ou des soins répondant à un état de crise ou de maladie.

A. — L'EXTENSION DES SOINS GÉNÉRAUX

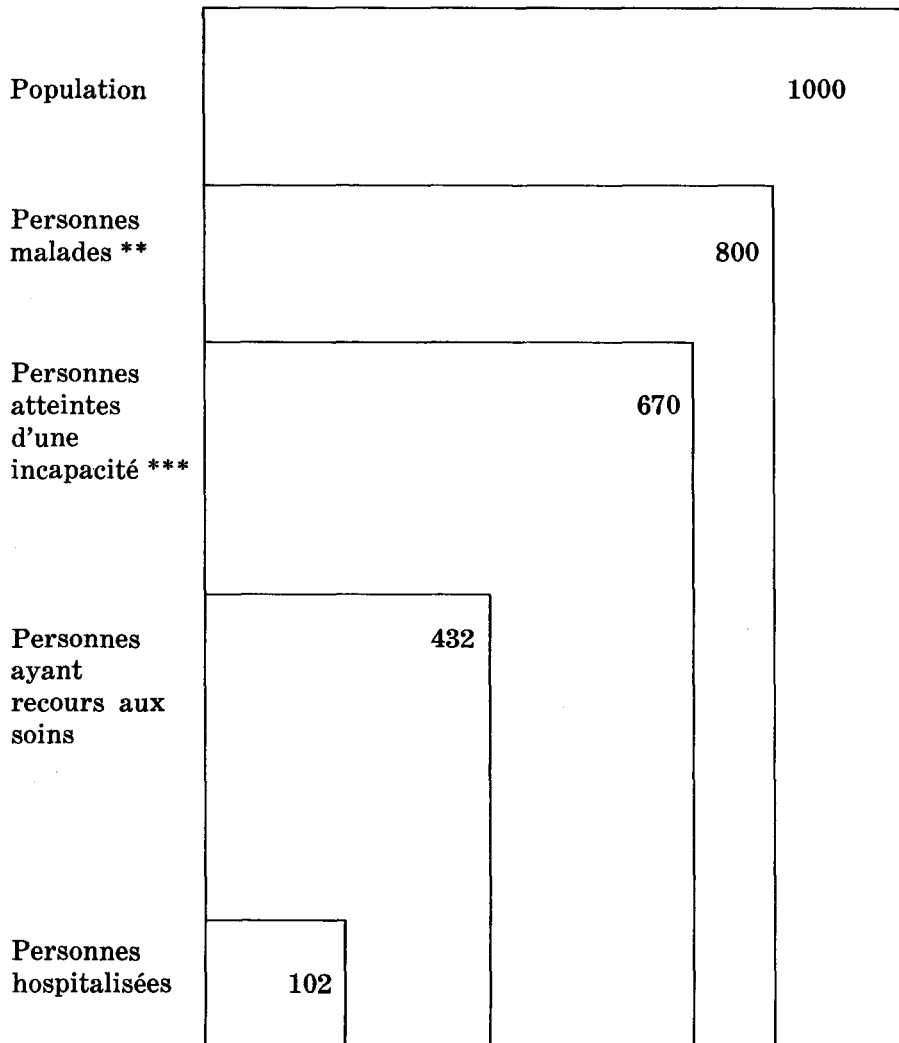
1707. L'accent mis sur une médecine globale qui veut répondre aux besoins les plus courants, de façon continue et complète, au niveau même où ces besoins surgissent, témoignent qu'il y a place dans le régime de santé pour une utilisation plus extensive des soins généraux, principalement la prévention et le dépistage des maladies. L'organisation des CLS comme pivot du régime de la santé repose sur cette conviction.

1708. Afin de préciser les tâches des organismes de planification, dans l'élaboration des programmes de soins généraux, il est utile de comparer certains de nos taux d'utilisation actuels avec ceux des programmes de médecine globale en cours aux États-Unis, en

¹ Voir le chapitre II du présent volume : « Le milieu et l'état de santé ».

DIAGRAMME XIV.1

Résultat d'une enquête médicale effectuée en 1951-52 auprès d'un échantillonnage de la population du Canada *



Source : B. F. S. : *La maladie et les soins de santé au Canada, 1950-51*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1960, cat. 82-518F.

* Un questionnaire fut envoyé à 10,000 ménages résidant au Canada et la période couverte était de douze mois.

** La maladie est définie comme une période d'affection sans égard au diagnostic.

*** Est rangée dans ce groupe toute personne ayant cessé son activité habituelle pour une période plus ou moins prolongée durant le cours de la maladie.

particulier ceux du *Health Insurance Plan*¹ de New York et ceux de la *Kaiser Foundation*².

1709. Le tableau XIV.1 présente les résultats d'une telle comparaison. Les données pour le Québec concernent seulement les bénéficiaires de deux régimes d'assurance, l'un privé, l'autre public. Parmi la population qui n'est assurée, ni par la Mutuelle SSQ (Les Services de Santé du Québec), ni par le régime d'assistance médicale, une bonne proportion ne bénéficie d'aucune assurance-maladie. On sait qu'en général la population assurée tend à utiliser plus intensivement les soins; on peut donc penser que l'utilisation moyenne au Québec est en deçà de 1,500 consultations pour 1,000 personnes.

1710. Le *Health Insurance Plan of Greater New York (HIP)* comporte un régime complet d'assurance-maladie qui met l'accent sur la prévention, le diagnostic précoce et l'amélioration de l'état de santé. Ce régime fait appel à une médecine de groupe et rémunère les médecins conventionnés à même les primes annuelles payées par les assurés³.

1711. On remarque au tableau XIV.2 que, dans ce régime, le taux de consultations au cabinet est sensiblement supérieur aux taux actuels des régimes connus. On observe de plus que, pour tous les soins médicaux — consultations au cabinet, à domicile et à l'hôpital, — le taux d'utilisation passe de 4,960.0 en 1950 à 5,360.0 en 1956-57. À partir de ce sommet, il décroît et demeure par la suite à peu près stationnaire.

1712. L'évolution de l'utilisation des soins au *HIP* s'explique en partie par l'importance accordée à la prévention, ce qui provoque temporairement une utilisation accrue, puis éventuellement, en retour, une diminution⁴.

1713. Lorsque nous comparons les régimes de la *Kaiser Foundation* à ceux du *HIP* nous relevons, pour les consultations au cabinet, un taux très voisin de celui du *HIP*, et qui reste presque stationnaire sur une période de cinq années (tableau XIV.3).

¹ Voir à ce sujet : *Health and Medical Care in New York City*, A report by the Committee for the Special Research Project in the Health Insurance Plan of Greater New York, Harvard University Press, Cambridge, 1957.

² Voir à ce sujet : « The Kaiser Foundation Medical Care Program », *Report of the National Advisory Commission on Health Manpower*, op. cit., vol. II, Appendice IV, pp. 197-228.

³ Le *HIP* établit un contrat avec les groupes de médecins. Individuellement, les médecins sont payés par le groupe, soit à salaire, soit à l'acte médical.

⁴ Voir à ce sujet l'annexe 14 de notre rapport.

TABLEAU XIV.1

Consultations * enregistrées dans le cadre du régime d'assistance médicale du Québec (1966-67), à La Mutuelle SSQ, (Les Services de Santé du Québec) (1966-67) et dans le Health Insurance Plan of Greater New York (1965)

	<i>Québec **</i>		<i>New York métropolitain</i>
	<i>Régime d'assistance médicale</i>	<i>Les Services de Santé du Québec (SSQ)</i>	<i>Health Insurance Plan</i>
Cabinet	1,576.0	1,465.0	3,943.0
Domicile	736.0	437.0	192.0
Hôpital	2,236.0	688.0	581.0
Total	4,548.0	2,590.0	4,716.0

Source : Données contenues dans l'annexe 14 de notre rapport.

* Pour 1000 assistés dans le cas du régime d'assistance médicale et pour 1000 assurés dans les deux autres cas.

** Ces chiffres sont des données ajustées pour 1966 et 1967. L'écart le plus frappant entre ces régimes concerne le volume de consultations à l'hôpital. Il s'explique en partie par une proportion élevée des personnes âgées bénéficiaires du régime d'assistance médicale, qui sont logées dans des établissements pour chroniques où la visite médicale hebdomadaire est de rigueur. Ces visites sont enregistrées comme des visites à l'hôpital. Il convient de plus de signaler que, selon les règlements du régime d'assistance médicale, les consultations médicales, dans le cas des malades qui se présentent aux services externes des hôpitaux, sont enregistrées comme consultations au cabinet, si le médecin se trouve déjà à l'hôpital, et consultations à domicile si le médecin doit se rendre à l'hôpital.

TABLEAU XIV.2

Évolution du taux moyen des consultations pour 1,000 assurés dans le cadre du régime HIP, de 1950 à 1965

<i>Total des consultations</i>						
1950	1956-57	1960	1961	1963	1964	1965
4,960.0	5,360.0	4,740.0	4,700.0	4,740.0	4,710.0	4,820.0

Source : New York Health Insurance Plan : *Annual Reports*.

TABLEAUX XIV.3

Évolution du taux moyen des consultations au cabinet pour 1,000 assurés dans le cadre du régime de la Kaiser Foundation, de 1960 à 1964, et par comparaison avec le régime du HIP pour 1964

Consultations au cabinet

KAISER FOUNDATION					HIP
1960	1961	1962	1963	1964	1964
3,505.0	3,651.0	3,677.0	3,634.0	3,605.0	3,943.0

Source : Kaiser Foundation : *Annual Reports* et New York Health Insurance Plan : *Annual Reports*.

1714. Le *Kaiser Foundation Medical Care Program* comprend un régime complet d'assurance-maladie administré par le *Kaiser Foundation Health Plan Inc.* et quatre groupes médicaux indépendants qui partagent des contrats collectifs avec cet organisme¹. À l'intérieur de ces groupes, les médecins reçoivent un salaire, à partir des primes annuelles payées par les assurés.

1715. Même si d'autres facteurs influencent l'utilisation des soins, on reconnaît généralement que l'importance accordée aux soins généraux et à la médecine globale explique en grande partie les taux relativement élevés des consultations au cabinet ou au centre de santé. Bien que le nombre des consultations couvertes par ces régimes soit plus du double de celui qu'on a enregistré ces dernières années au Québec, le recours intense aux soins généraux permet, par contre, de réaliser une utilisation beaucoup plus économique de l'hospitalisation.

1716. À cette augmentation du nombre des consultations au niveau des soins généraux correspond un changement dans la nature des soins. On doit accroître la proportion des consultations de prévention, d'examen de santé et de dépistage par rapport à celles qui

¹ Il comprend en outre un régime de soins hospitaliers administré par le *Kaiser Foundation Hospitals* dans ses propres hôpitaux.

ont pour fins le diagnostic et le traitement. Tel est du moins l'objectif principal de la création de CLS qui comprennent tous les types de soins généraux. D'ailleurs, actuellement, les soins de première ligne comportent déjà une proportion assez élevée d'examens de santé, particulièrement chez les enfants en bas âge ¹. Les CLS ont pour but de rendre les soins généraux plus accessibles et d'en accroître la qualité; en conséquence, la structure d'utilisation doit refléter cet objectif.

1717. À ce titre, le tableau XIV.4 décrit la nature des soins donnés au cours des consultations de premier niveau, et illustre la façon dont une équipe d'omnipraticiens rattachés à une unité d'enseignement conçoit et accomplit son travail.

1718. Enfin, il faut compter parmi les soins généraux les consultations données dans les établissements hospitaliers à des malades externes, et qui préviennent souvent l'hospitalisation.

1719. En général, on observe une relation inverse entre le taux d'hospitalisation et le taux d'utilisation des consultations externes. La comparaison des consultations données aux malades externes dans la région de Trois-Rivières, et dans l'ensemble du Québec illustre déjà cette relation (tableau XIV.5).

1720. Par contre, il y a lieu de croire qu'un meilleur équilibre entre la distribution des soins généraux et l'hospitalisation entraînera une augmentation du volume des examens diagnostiques. Aux États-Unis, au moins une étude amorcée à la suite de l'instauration d'un régime de soins complets démontre que l'utilisation des services diagnostiques subit une augmentation dans ces conditions ².

¹ Kerr L. White rapporte les résultats suivants d'une enquête sur la maladie faite à Washington et touchant 73,000 visites : « About 17 per cent of all visits were for health supervision, and another 12 per cent were for respiratory ailments. Even specialists had a substantial proportion of patient visits for health supervision and respiratory disorders. Almost 40 per cent of patient visits to pediatricians were for well-baby care and immunization, and another 20 per cent of visits were for respiratory disorders. » Extrait de : Kerr L. White : « Patterns of Medical Practice », *op. cit.*, p. 852.

² Voir à ce sujet l'annexe 14 de notre rapport.

TABLEAU XIV.4

Moyens thérapeutiques utilisés par les médecins selon les résultats d'une enquête effectuée auprès d'un échantillon de médecins anglais

<i>Moyens thérapeutiques</i>	<i>En pourcentage * du nombre de consultations (32,418 au total)</i>
<i>Action directe</i>	
Pansements, injections, actes chirurgicaux mineurs, etc.	11
Ordonnances **	38
Conversations avec les malades	54
— Avis médicaux de toute nature .	29
Repos	14
Diètes et régimes alimentaires	11
Hygiène personnelle	4
Interdictions	4
— Explications sur l'état de santé ou la maladie	22
— Discussions sur les services sociaux communautaires	11
— Discussions sur la profession de l'individu : travailleur, ménagère, étudiant, etc.	4
— Discussion sur les relations de l'individu	3
Entrevues-confidences ***	3

Source : Tableau extrait et adapté de : Richard Scott, J. A. D. Anderson et Ann Cartwright : « Just what the doctor ordered : An analysis of treatment in a general practice », *British Medical Journal*, juillet 23 1960, vol. II, p. 295.

* Le total excède 100 pour cent parce qu'un médecin peut, au cours d'une même consultation, recourir à plus d'un moyen thérapeutique.

** Ne comprend ni les médicaments déjà prescrits et maintenus, ni encore ceux qui peuvent être obtenus sans ordonnance.

*** Le médecin n'engage pas de véritable conversation avec son client, mais lui procure un certain réconfort en lui permettant simplement de livrer ses pensées et ses préoccupations.

TABLEAU XIV.5

Fréquence * et nature des consultations données aux malades externes dans les hôpitaux de la région de Trois-Rivières et ceux de l'ensemble du Québec en 1966, et taux d'hospitalisation pour la même année

	<i>Trois-Rivières</i>	<i>Ensemble du Québec</i>
Consultations externes	540.7	343.3
consultations	81.5	148.0
traitements	372.6	157.7
examens	51.7	33.0
entrevues	34.9	4.5
Taux * d'hospitalisation	101.3	138.4

Source : Données colligées à partir des bandes magnétiques du Service de l'assurance-hospitalisation et contenues dans l'annexe 14 de notre rapport.

* Pour 1,000 personnes.

B. — LA RÉDUCTION DE L'HOSPITALISATION

1721. La mise en place d'un réseau de soins généraux doit diminuer le nombre d'admissions à l'hôpital. En regard de la situation qui prévaut, il est extrêmement important que le régime de la santé réduise l'hospitalisation.

1722. Si nous avons reconnu précédemment qu'on ne doit jamais refuser l'admission dans les CCS, la qualité même des soins exige, en fonction de l'amélioration de l'état de santé, que ces traitements épisodiques soient les moins fréquents et les plus courts possible ¹.

1723. Dans une perspective de rentabilité sociale des soins, le relèvement du niveau général de la santé nous apparaît beaucoup moins lié à l'accroissement du nombre des lits d'hôpital qu'à la disponibilité des soins pour ceux qui en ont le plus besoin et qui n'y recourent pas. Pour ce qui est de la mortalité infantile et des

¹ Voir le chapitre V du présent volume : « Le régime de la santé ».

maladies pulmonaires, par exemple, nous relevons au Québec des disparités importantes dont la correction suivra l'utilisation effective de soins préventifs continus dans les milieux et par les groupes défavorisés de la population. Par contre, la multiplication des hôpitaux et la mise en place des ressources les plus perfectionnées, pour faire face aux situations critiques, n'affectent que très peu ou pas du tout l'indice de l'état de santé et le rendement des soins. Enfin, des contraintes au plan des ressources humaines, matérielles et financières empêchent d'accroître l'accès aux soins de première ligne autrement qu'en libérant des ressources du secteur hospitalier. En l'absence d'un réservoir plus abondant de ressources, il faut transférer celles dont on dispose et modifier la structure de leur utilisation; cette politique est incontestablement nécessaire à la poursuite d'une utilisation optimale des soins.

1724. Un programme qui vise à abaisser le taux d'hospitalisation s'inspire d'expériences comparées entre elles. À ce propos, soulignons que :

- 1° la moyenne des admissions dans les hôpitaux du Québec est sensiblement supérieure à celle qu'enregistrent les régimes de la *Kaiser Foundation* et du *Health Insurance Plan of Greater New York*;
- 2° en plus d'être inférieurs à la moyenne américaine, les taux d'admission de ces régimes évoluent beaucoup plus lentement;
- 3° le taux d'admission et le séjour au Québec restent en moyenne plus élevés qu'aux États-Unis, mais moins élevés en moyenne qu'au Canada¹;
- 4° à l'intérieur même du Québec, il existe des variations assez importantes : certaines régions enregistrent des taux de 100.0 à 115.0 pour 1,000 habitants alors que dans l'ensemble du Québec, le taux est de 138.4.

1725. Le tableau XIV.6 résume ces observations. Les régimes de *Kaiser* et du *HIP* dont la caractéristique est de réaliser à des degrés divers le concept de médecine globale, enregistrent en 1964

¹ En 1966, le Québec occupait l'avant-dernier rang parmi les provinces canadiennes quant au nombre d'admissions, et le quatrième quant au séjour. Nous avons souligné au chapitre III la corrélation entre l'instauration du régime de l'assurance-hospitalisation et l'augmentation du recours à l'hospitalisation. Le Québec, qui accuse un retard par rapport aux autres provinces, connaît une augmentation rapide qui prend l'allure d'un rattrapage. Nous hésitons, toutefois, à utiliser ce terme, car le recours à l'hospitalisation au Canada est beaucoup trop prononcé.

TABLEAU XIV.6

Fréquence des admissions à l'hôpital et séjour moyen dans l'ensemble du Québec et certaines régions aux États-Unis et dans les régimes de Kaiser et du HIP, pour les années les plus récentes dont on possède les statistiques dans chaque cas

<i>Régions ou régimes</i>	<i>Année</i>	<i>Taux d'admission pour 1,000 (habitants ou assurés)</i>	<i>Séjour moyen</i>
Ensemble du Québec . . .	1966	138.4	10.3
Sherbrooke *	1966	112.5	
Trois-Rivières *	1966	101.3	10.5
États-Unis **	1951	109.6	—
	1955	116.1	—
	1962	135.5	—
	1964	135.2	7.7
<i>Kaiser Foundation Hospitals</i> ***	1960	97.9	6.3
	1961	99.8	6.3
	1962	98.6	6.3
	1963	93.1	6.3
	1964	87.7	6.2
<i>Health Insurance Plan of Greater New York (HIP)</i> ***	1951	74.0	—
	1955	81.1	—
	1962	78.1	—
	1964	84.0	—

Source : Données tirées de l'annexe 14 de notre rapport.

* Les données pour Sherbrooke et Trois-Rivières représentent toutes les hospitalisations des personnes résidant à l'intérieur de ces régions sans égard au lieu de l'hospitalisation.

** Ces chiffres sont ceux de tous les hôpitaux non fédéraux, tant généraux que spéciaux.

*** Il s'agit du nombre d'admissions pour 1,000 personnes couvertes par le régime d'assurance.

des taux d'admission de 87.7 et 84.0 pour 1,000 habitants respectivement, alors que les États-Unis affichent un taux de 135.2 à la même date. Cette différence est toutefois surévaluée car, d'une part, le taux américain comprend les admissions dans tous les hôpitaux, spéciaux et généraux, et d'autre part, les assurés représentent le plus souvent une population moins exposée.

1726. Si l'on tient compte de ces différences dans les définitions, le taux moyen pour le Québec est également plus élevé qu'aux États-Unis. Le séjour moyen qui évolue très peu dans tous les cas est de 10.3 jours au Québec, comparativement à 7.7 pour les États-Unis et à 6.3 dans les hôpitaux de la *Kaiser Hospital Foundation*.

1727. Par contre, la région de Trois-Rivières, choisie pour l'étude de la structure actuelle de l'utilisation des services de santé au Québec, enregistre 101.3 admissions pour 1,000 habitants en 1966¹, mais le jour moyen y est plus élevé.

1728. La région de Sherbrooke pour laquelle, également, on a pu obtenir des renseignements occupe une position intermédiaire avec un nombre d'admissions de 112.5 pour 1,000 habitants. Les taux d'hospitalisation sont donc moins élevés dans les régions de Trois-Rivières et de Sherbrooke que dans l'ensemble du Québec.

1729. En ce qui a trait aux régimes de *Kaiser* et du *HIP*, il est intéressant de comparer l'évolution des taux d'utilisation des hôpitaux par rapport à la tendance générale aux États-Unis. Le système *HIP* qui a toujours présenté comme caractéristique un taux très faible d'utilisation des soins hospitaliers voit ce taux augmenter de 13.5 pour cent entre 1951 et 1964, alors que, pour l'ensemble des États-Unis, l'augmentation est de 23.6 pour cent au cours de la même période. Par contre, le taux d'hospitalisation pour *Kaiser*, relativement plus élevé que celui du *HIP*, évolue en sens inverse, pour passer de 100 en 1961 à 87.7 en 1964.

1730. Il apparaît assez nettement que les taux plus faibles d'hospitalisation de ces régimes résultent à la fois d'un contrôle

¹ Voir à ce sujet l'annexe 14 de notre rapport. Les conseillers de la Commission ont choisi arbitrairement la région de Trois-Rivières pour mesurer dans un territoire donné, les conséquences possibles de l'application du régime de la santé préconisé, et pour tenter d'arrêter et de quantifier des objectifs opérationnels correspondant au plan de la distribution des soins. Or, la fréquentation des services de santé dans cette région s'est révélée, à l'analyse, sensiblement différente de la moyenne enregistrée à l'échelle du Québec. Ainsi, on consulte moins le médecin dans cette région, les hospitalisations y sont moins fréquentes alors que les consultations dans les services externes des hôpitaux sont plus nombreuses.

plus étroit de l'utilisation des hôpitaux et de l'éventail des soins qu'ils offrent comme de véritables substituts à l'hospitalisation.

1731. Nos régimes traditionnels disposent d'un seul type d'établissement : les hôpitaux. Aussi y trouve-t-on habituellement une proportion variable de malades dont on ne justifie pas la présence par des besoins strictement médicaux, ou encore dont le traitement par d'autres modes de soins serait mieux indiqué¹. En particulier, l'insuffisance des services de soins à domicile, de soins de jour et de soins de longue durée, impose aux hôpitaux pour malades aigus une certaine élasticité dans les critères d'admission².

1732. À la lumière de ces diverses observations, il n'est pas exagéré de tendre pour l'ensemble du Québec, dans la phase initiale d'instauration du régime de la santé, à diminuer le taux d'hospitalisation dans les lits de malade aigu de 138.0 à 100.0 pour 1,000 habitants. Bien entendu, il s'agit là d'une moyenne. Ainsi, certaines régions qui enregistrent des taux très élevés peuvent se fixer un objectif moins ambitieux, tandis que d'autres qui ont déjà atteint des taux plus satisfaisants doivent viser à améliorer cet objectif.

1733. Sans doute, peut-on objecter que l'accès plus facile aux soins multipliera de nouveaux cas exigeant l'hospitalisation, auxquels s'ajouteront les malades qui s'abstiennent actuellement de consulter. Cette prévisible augmentation des besoins ne rend que plus nécessaire et plus urgente l'organisation d'un réseau de soins généraux propres à l'atténuer, sinon à l'annuler, en compensant les effets concurrents. La prévention et le dépistage de la maladie, de même qu'une surveillance continue de l'état de santé, réduiront les hospitalisations. La réalisation d'une médecine globale axée sur la continuité des soins s'est révélée efficace dans les régimes que nous venons de décrire, pour en abaisser le taux. Des statistiques établissent clairement qu'il y a corrélation entre l'application d'une médecine globale, d'une part, et la relation inverse que l'on observe par la suite entre le taux d'utilisation des hôpitaux et le taux d'utilisation de ces soins, d'autre part.

¹ Nous avons déjà mentionné, dans un autre chapitre, une étude américaine selon laquelle cette proportion atteint 15 à 20 pour cent. Des études faites en Grande-Bretagne confirment ces conclusions et les proportions y varient entre 13 et 40 pour cent, selon le cas. Voir à ce sujet : Kerr L. White : « Patterns of Medical Practice », *op. cit.*, p. 854.

² Dans le même article, Kerr White souligne à ce propos : « There are probably few traditional hospitals without some admissions for "social" reasons; the extent to which acute medical facilities are used for treating social problems will depend on local circumstances. The need for much closer liaison between physicians and social agencies in the community for appropriate use of medical and social installations is generally acknowledged ». *Ibid.*, p. 860.

1734. Ainsi, a-t-on observé que l'instauration d'un régime *Kaiser* dans l'Oregon, a entraîné une baisse de 10.8 pour cent du taux général d'hospitalisation au cours de la première année¹. Il importe de rappeler que si l'instauration de régimes de ce genre facilite l'accès aux soins et augmente la rentabilité du régime général de la santé, elle ne diminue ni la qualité immédiate des soins offerts ni la satisfaction qu'en retire la population².

1735. Ainsi amorce-t-on une première démarche dans l'élaboration de programmes d'action qu'on peut résumer ainsi.

1736. Au départ, l'objectif pour l'ensemble du Québec est de réduire le taux d'admission pour le traitement des maladies aiguës de 138.4 à 100.0 pour 1,000 habitants. Parallèlement, il faut prévoir une augmentation importante des consultations au niveau des soins généraux. Celles-ci comprennent les consultations au cabinet et aux services externes, ainsi que les consultations d'éducation sanitaire et de prévention actuellement données dans les « unités sanitaires » ou les services municipaux de santé. Les consultations supplémentaires au premier niveau doivent supplanter les traitements et permettre de donner plus de conseils sanitaires, de mieux surveiller l'état de santé et de prévenir ou dépister les maladies.

1737. Chaque région adaptera ces programmes aux besoins révélés par les variables démographiques et épidémiologiques, et les évaluera de façon continue.

RECOMMANDATION

La Commission recommande :

4.XIV.227. *QUE, dans le cadre de la politique de la santé, soient établis des programmes de soins visant :*

- a) *à faire baisser le taux d'hospitalisation pour le traitement de maladies aiguës; et*
- b) *à accroître le taux d'utilisation des soins généraux, en particulier des consultations d'éducation sanitaire, de prévention et de dépistage.*

¹ Arnold V. Hurtado, Merwyn R. Greenlick et Ernest W. Saward : « The Organization and Utilization of Home-care and Extended-care facility Services in a Prepaid Comprehensive Group Practice Plan », *Medical Care*, janvier-février 1969, vol. VII, N° 2, pp. 30-40. Voir à ce sujet l'annexe 14 de notre rapport, au tableau 13.

² Ces faits ont été confirmés par des enquêtes. Voir à ce sujet : Odin W. Anderson et Paul B. Sheatsley : *Comprehensive Medical Insurance*, Health Information Foundation, New York, 1959, (Research Series 9). Voir également : J. A. Rosenkrantz : « Community Health Centres offer High-Quality care », *Hospitals*, juillet 1969, vol. 43, N° 13, pp. 67-69.

III. — UNE POLITIQUE DU PERSONNEL

1738. Les programmes d'action prévus, au plan de la structure d'utilisation des soins, sont impossibles à réaliser, à moins que l'on ne favorise de façon beaucoup plus expresse les substitutions de tâches à l'intérieur du secteur de la santé. En effet, la baisse du taux d'admission à l'hôpital ne peut compenser, quant aux effectifs médicaux du moins, les effets d'une hausse substantielle de la demande de soins généraux. D'autre part, compte tenu de la baisse constante du nombre d'omnipraticiens par comparaison au nombre de spécialistes (médecins consultants, professeurs et chercheurs), l'ensemble des médecins constitue un personnel ultraspécialisé par rapport aux fonctions nouvelles d'une médecine centrée sur la prévention, le dépistage, la surveillance et l'amélioration de la santé¹.

A. — LA SUBSTITUTION DANS L'EXÉCUTION DES TÂCHES

1739. Ici, il faut adjoindre au personnel spécialisé un personnel assistant dont la formation, sans doute moins poussée, n'en serait pas moins suffisante. Ce personnel assistant pourrait mieux s'adapter à la structure d'utilisation souhaitée et aux fonctions nouvelles qu'elle fait naître. Ce changement est possible, tout en laissant au médecin la responsabilité première du diagnostic et du traitement. Cette exigence, en particulier, rend la substitution des tâches dans la poursuite d'une utilisation optimale des ressources de soins assez difficile, et il importe d'en faire un objectif spécifique au plan opérationnel. C'est en outre la seule façon de réaliser une médecine globale, et d'éliminer le plus possible les obstacles d'ordre financier ou physique à l'accès universel aux soins.

1740. Encore une fois, la quantification de cet objectif doit s'inspirer d'expériences menées ailleurs. Actuellement, plusieurs études en cours ont pour but de préciser la composition des équipes de soins, la quantité et les types de personnel que celles-ci peuvent grouper et les types de tâches qui peuvent et doivent être déléguées².

1741. Si les expériences menées ailleurs servent utilement de guide, on ne doit point les regarder comme des normes absolues qu'il faut suivre servilement. On précisera de telles normes à partir de l'expérimentation du régime proposé et dans l'organisation future

¹ D'ailleurs, il est manifeste que la spécialisation sans cesse accrue de la profession médicale a pour effet, au moins partiel, de reléguer ces fonctions essentielles à l'arrière-plan des préoccupations sanitaires.

² Voir à ce sujet l'appendice XIV.1 du présent chapitre : « Les assistants médicaux ».

des CLS, il faudra les adapter à nos besoins et à nos ressources, et probablement tenir compte de plusieurs autres variables.

1742. L'équipe multidisciplinaire doit devenir le noyau d'un service orienté vers l'ensemble des problèmes de santé, plutôt que vers le diagnostic et le traitement d'un état aigu. Dans la section précédente, nous avons donné des illustrations des besoins courants de soins : examen, surveillance, conseils sur l'alimentation et l'hygiène, information sur la maladie, prescription. Ils ne relèvent pas uniquement de la médecine, mais dépendent aussi de l'hygiène, des sciences infirmières, de la pédagogie, de la psychologie, et du service social.

1743. Par contre, dans le contexte où la responsabilité relève des médecins, l'assistant médical devient le pivot de la délégation des tâches, et comme nous le recommandons dans un chapitre précédent ¹, il faut préparer les infirmières cliniciennes à exercer ce rôle.

1744. Dans ce cadre de travail, le rapport général, que l'on observe actuellement d'un médecin pour 800 à 1,000 habitants et, en particulier, d'un omnipraticien pour 1,500 habitants, n'est plus significatif comme critère des besoins d'effectifs médicaux. Ces rapports traditionnels ne tiennent pas compte de la façon dont on peut accomplir les tâches, particulièrement au niveau des soins généraux.

1745. Ainsi, pour s'en tenir aux soins donnés au CLS, un auteur déjà cité soutient que deux médecins et deux assistants peuvent desservir une population de 6,000 habitants. Cette équipe de base suppose donc un rapport d'un médecin pour 3,000 habitants pour la distribution des soins généraux. Selon Kerr White, en effet, une ou deux équipes de santé composées au total de six médecins, — parmi lesquels se trouvent un interniste et quelques pédiatres —, de six infirmières ou assistants, d'un travailleur social et d'un certain nombre de techniciens, peuvent raisonnablement, sans effort particulier et sans compromettre la qualité des soins, subvenir aux besoins d'une population de 18,000 habitants. Aidées d'un obstétricien et de deux sages-femmes, elles desservent plus de 20,000 habitants. D'autres spécialistes partagent, à peu de chose près, cette opinion et,

¹ Voir le chapitre XI du présent volume : « L'enseignement des sciences de la santé ».

lorsqu'on réunit leurs avancés, on en arrive à un rapport d'un médecin et d'un assistant pour 3,000 à 3,500 habitants¹.

1746. On a tenté plusieurs expériences en ce sens, en vue d'associer étroitement au travail du médecin celui du travailleur social et de l'infirmière formée à cette tâche. Très souvent, les gens consultent, à ce niveau, beaucoup plus à cause de difficultés dans leur vie personnelle que pour des malaises d'ordre organique. Ainsi dans la petite ville de Northtown, Angleterre, 4 omnipraticiens assistés d'un travailleur social suffisaient à répondre aux besoins d'une population de 9,000 habitants². Dans une autre expérience, commencée en 1965 dans la banlieue de Londres et connue sous le nom de *Goversham Project*, l'équipe de soins formée dessert une population d'environ 9,000 habitants et comprend cinq médecins, deux infirmières internes, une infirmière et un travailleur social³.

1747. On rapporte également un projet à l'Université du Kansas, où les infirmières donnent les premiers soins, dans une consultation externe, aux adultes atteints de maladies chroniques. Sur un total de 345 consultations données à 33 malades, 95 pour cent le furent par les infirmières seules⁴.

1748. On sait également qu'un programme d'infirmières pédiatriques a été établi, en collaboration, par le Département de pédiatrie de l'École de médecine et l'École de sciences infirmières de l'Université du Colorado⁵. Les premiers rapports indiquent qu'elles donnent tous

¹ Le lecteur consultera avec profit la documentation suivante : Kerr L. White : « Primary Medical Care for Families : Organization and Evaluation », *the New England Journal of Medicine*, octobre 1967, vol. 277, N° 16, pp. 847-852. Seimour S. Bellin, H. J. Geiger et Count D. Gibson : « Impact of Ambulatory Health Care on the Demand for Hospital Beds », *the New England Journal of Medicine*, avril 1969, vol. 280, N° 15, pp. 808-812. Arnold V. Hurtado, Merwyn R. Greenlick et Ernest W. Saward : « The Organization and Utilization of Home-Care and Extended-care-facility Services in a Prepaid Comprehensive Group Practice Plan », *op. cit.* Charles E. Lewis *et al.* : « Activities, Events and Outcomes in Ambulatory Patient Care : Nurse Clinics », *the New England Journal of Medicine*, mars 1969, vol. 280, N° 12, pp. 645-649. Ralph T. Murray : « The Problem of Entry into the Health Care System », *Hospital Administration*, printemps 1968, vol. 13, N° 2, pp. 8-24. George A. Silver *et al.* : « An Experience with Group Practice », *op. cit.* George A. Silver : « Family Medical Care », *op. cit.*

² Voir à ce sujet J. Collins : *The Social Work Context of General Medical Services*, Edited by G. Melahlen, Published for the Nuffield Provincial Hospital Trust by Oxford University Press, Londres, 1964, pp. 133-169.

³ Voir à ce sujet : E. M. Goldberg, J. Neill et B. M. Speak : « Social Work in General Practice », *The Lancet*, septembre 1968, vol. II, N° 7567, pp. 552-555.

⁴ Charles E. Lewis *et al.* : « Activities, Events and Outcomes in Ambulatory Patient Care », *op. cit.*

⁵ Henry K. Silver, Loretta C. Ford et Lewis R. Day : « The Pediatric Nurse-Practitioner Program », *op. cit.*

les soins à plus de 75 pour cent de tous les enfants qui s'adressent aux consultations de prévention et d'immunisation.

1749. Le *Kaiser Permanente Program* suggère de préciser les tâches des divers professionnels de la santé en vue de favoriser les substitutions. Ainsi, le personnel paramédical effectue le dépistage, la prévention et l'éducation sanitaire à l'intérieur d'équipes de la santé. Il devient alors possible au médecin de mieux consacrer son temps au diagnostic et au traitement des malades.

We believe, incidentally, that the doctor-patient relationship, which is suffering from the pressure of crowded schedules today, would gain under this system. Giving the doctor more time for care of the sick can help to preserve the relationship at the stage where it counts most¹.

1750. À partir de ces expériences, il faut concevoir la mise en place de CLS et la formation d'équipes de soins, qui prennent en charge l'éventail complet des soins à ce niveau, permettant ainsi aux médecins de déléguer une grande partie de leurs tâches. C'est dire que, assistés d'un personnel suffisant, compétent et bien formé, ils assument la responsabilité d'un volume de consultations beaucoup plus considérable, et surtout plus centrées sur la conservation de la santé et la prévention de la maladie.

B. — LA FORMATION DES ÉQUIPES DE SOINS

1751. La Commission est d'avis que les programmes de soins généraux qui seront mis en application au Québec devront s'inspirer des expériences mentionnées précédemment. Nous sommes conscients qu'il n'y a pas de normes arrêtées à ce sujet, mais nous croyons qu'il faut lancer des projets pilotes qu'on pourra modifier selon l'expérience acquise. Nous suggérons, qu'au départ, divers types de professionnels de la santé composent les équipes de soins selon le bassin de population desservie.

1752. L'équipe de base minimum d'un bassin de 6,000 à 8,000 habitants réunit deux ou trois médecins de famille, deux ou trois infirmières cliniciennes, une ou deux infirmières soignantes et un travailleur social à temps partiel. Cette équipe de base est mobile, souple et en contact avec les médecins spécialistes en vue de répondre aux besoins de la population.

¹ Extrait de Sydney R. Garfield : « The Delivery of Medical Care », *Scientific American*, avril 1970, vol. 22, No 4, p. 23.

1753. Pour un bassin de population de 15,000 à 20,000 habitants, une équipe plus importante groupe quatre médecins de famille, un pédiatre, un obstétricien, un interniste, un dentiste, six auxiliaires dentaires, six infirmières cliniciennes, six infirmières soignantes, un travailleur social et un certain nombre de spécialistes consultants.

1754. À titre d'illustration également, on retient pour un bassin de population de 120,000 habitants, une équipe de soins apte à offrir les soins généraux et spécialisés à toute la communauté et composée de 30 à 36 médecins de famille, de 6 à 8 pédiatres, de 8 internistes et de médecins consultants de diverses spécialités; les assistent 10 à 12 pharmaciens, 8 à 10 dentistes, 16 auxiliaires dentaires, 48 à 50 infirmières cliniciennes, 48 à 50 infirmières soignantes ou auxiliaires, 8 travailleurs sociaux, des psychologues, des optométristes, des physiothérapeutes et des diététiciennes.

1755. Quant aux spécialistes consultants qui se chargent des soins plus spécialisés, les changements proposés dans l'utilisation des hôpitaux ne nous permettent guère de préciser leur nombre ni leur répartition. Toutefois dans une étude sur la médecine d'équipe, un auteur américain fournit des indications qui, à première vue du moins, semblent conciliables avec les taux prévus d'utilisation des hôpitaux¹. Mentionnons, à titre d'exemple, le rapport d'un chirurgien, d'un ophtalmologiste et d'un orthopédiste pour 20,000 habitants; d'un radiologiste pour 25,000 habitants; enfin, d'un physiatre et d'un médecin biologiste pour 60,000 habitants.

1756. Quant au psychiatre, s'il n'agit qu'à titre de médecin consultant, il suffit aux besoins d'une population de 60,000 habitants. Si un centre de santé désire offrir des soins psychiatriques continus, on fixe les besoins en psychiatrie à un psychiatre pour 15,000 habitants, à la condition qu'un psychologue et deux travailleurs sociaux l'assistent.

1757. Dans la détermination des effectifs au niveau spécialisé, il faut retenir qu'il n'y a pas de cloison entre les niveaux de soins généraux et spécialisés. Les médecins de l'équipe de base du CLS doivent suivre les malades qu'ils dirigent vers le CCS. De la même façon, un spécialiste, d'abord attaché au CCS, peut être consultant au CLS.

¹ George A. Silver : « An Experience with Group Practice », *op. cit.* Du même auteur : « Group Practice : What it is », *Medical World*, I^{re} partie, novembre 1964, pp. 387-395, II^e partie, décembre 1964, pp. 475-480, III^e partie, janvier 1965, pp. 48-65, IV^e partie, février 1965, pp. 143-155, V^e partie, mars 1965, pp. 236-243, VI^e partie, avril 1965, pp. 297-302.

1758. Nous verrons, dans le chapitre suivant que si ces programmes se réalisent, en supposant toutefois la formation accélérée d'infirmières cliniciennes compétentes et d'effectifs assez mobiles, ils permettent de faire face sans grande difficulté aux taux d'utilisation des soins prévus avec la mise en place d'un réseau de soins généraux bien organisé.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

4.XIV.228. Que la formation des équipes de soins reflète un objectif de substitution dans l'exécution des tâches et d'utilisation souple et efficace du personnel.

4.XIV.229. QU'à cette fin, les équipes de soins correspondant au bassin minimal de population d'un CLS comprennent deux infirmières cliniciennes, une ou deux infirmières soignantes et deux médecins, et s'assurent la collaboration d'un travailleur social à temps partiel.

4.XIV.230. QUE les équipes de soins appelées à desservir des populations plus considérables réunissent autour d'elles des professionnels de la santé d'autres disciplines.

4.XIV.231. QUE ces objectifs soient révisés au fur et à mesure que se transforment les CCS et que s'organisent des CLS.

IV. — L'IMPLANTATION DES CENTRES DE SANTÉ

1759. L'implantation des centres de santé obéit à deux séries de contraintes. La première, du côté de la demande de soins, concerne l'étendue des besoins, et la deuxième, du côté de l'offre de soins, concerne les critères de rentabilité des ressources et d'accès aux soins.

A. — LE NOMBRE DE LITS NÉCESSAIRES

1760. Quant à l'étendue des besoins, nous nous attarderons uniquement à spécifier le nombre de lits nécessaires à l'hospitalisation des malades.

1761. Si les objectifs qui visent à réduire le taux moyen d'hospitalisation pour maladies aiguës de 138 à 100 pour 1,000 habitants se révèlent assez facilement réalisables, au cours des prochaines années, il en résultera une forte réduction du nombre de lits nécessaires pour le traitement de ces maladies.

1762. En plus de tenir compte du taux d'hospitalisation, le nombre de lits nécessaires se calcule à partir d'hypothèses relatives au séjour moyen et au taux d'occupation des lits de malade aigu. Le taux d'occupation de 85 pour cent, considéré par certains comme une norme maximale, est déjà atteint dans la plupart des hôpitaux de grande taille. Bien que l'effort de réduction du taux d'utilisation de l'hôpital porte simultanément sur le taux d'admission et le séjour, on ne peut attendre, au début, une réduction du séjour¹. Nous formulons donc l'hypothèse que le séjour moyen demeurera très voisin de ce qu'il est actuellement.

1763. Dans ce contexte, le nombre de lits de malade aigu devient nul pour le moment. En effet, le rapport de 4.5 et 5.0 retenu dans la détermination du nombre de ces lits nécessaires, pour la distribution des soins spécialisés et ultraspécialisés, est réduit à 3.2 pour 1,000 habitants².

1764. Il est difficile de déterminer la proportion des lits à réserver pour les soins ultraspécialisés. Pour certains types de soins dont la technique évolue assez rapidement, la frontière entre spécialisation et ultraspécialisation demeure plutôt fragile, mais il est certain qu'en abaissant le nombre de lits de malade aigu, la proportion des lits réservés aux soins ultraspécialisés dépassera la proportion actuelle. Si l'on convient d'adopter le rapport approximatif de 1/9, qui est supérieur à la situation présente, celui-ci correspond à la proportion des malades qu'on dirige aux États-Unis vers les CHU³.

1765. Les CCS et les CHU doivent aussi disposer de lits pour le soin des malades chroniques, des convalescents, des malades psychiatriques chroniques et des tuberculeux chroniques.

¹ En effet, comme la réduction des admissions s'applique avant tout dans le cas des malades les moins gravement atteints, il en résulte une hausse du séjour moyen dans l'hôpital.

² Selon la formule énoncée, on obtient :

$$n = 1000 \times \frac{100}{1000} \times \frac{10}{365} \times \frac{100}{85} = 3.2 \text{ lits}$$

³ Kerr L. White : « Patterns of Medical Practice », *op. cit.*, p. 854.

1766. Au sujet des lits pour malades chroniques et convalescents, un rapport du ministère de la Santé préparé en 1965 suggère qu'on y pourvoie dans la proportion de 1.50 pour 1,000 habitants¹. On sait que le développement des soins ambulatoires et à domicile contribue à diminuer les besoins de lits hospitaliers pour cette catégorie de malades. Toutefois, il faut considérer qu'une augmentation de l'utilisation des lits pour malades chroniques et convalescents compensera en partie la diminution du taux d'utilisation des lits pour malades aigus. Comme ces deux facteurs jouent en sens inverse, il est prudent, au début de conserver cette norme de 1.50 lits pour 1,000 habitants².

1767. Cependant, il n'en est pas de même des lits réservés aux cas psychiatriques chroniques. Déjà, les nouvelles méthodes de traitement dans ce domaine réduisent considérablement le nombre de lits nécessaires pour cette catégorie³. Ce mouvement est à peine amorcé, et l'utilisation des lits d'hôpitaux généraux pour des fins de traitement psychiatrique ainsi que l'évolution rapide des moyens thérapeutiques incitent à abaisser à 0.5 pour 1,000 habitants le nombre de lits nécessaires dans ce domaine.

1768. En résumé, chaque région sanitaire détermine ses besoins selon les rapports suivants : 3.2 lits pour les malades aigus, 1.5 lit pour les malades chroniques, les convalescents ou les malades à réadapter et 0.5 lit pour les cas psychiatriques chroniques, soit au total 5.2 lits pour 1,000 habitants⁴.

B. — LES CONTRAINTES DE LA RENTABILITÉ DES RESSOURCES ET DE L'ACCÈS AUX SOINS

1769. Les critères d'accès aux soins et de rentabilité des ressources nécessaires pour les distribuer constituent d'autres contraintes dans l'implantation des centres de santé. Il s'agit, en effet, de concilier deux objectifs qui semblent en opposition : la déconcentration des ressources qui facilite l'accès aux soins et la concentration qui en augmente la rentabilité.

¹ *Rapport préliminaire sur l'équipement hospitalier de la province de Québec, op. cit.*

² En 1966, au Québec, le rapport est de 1.22 lits pour 1,000 habitants, dans la catégorie des lits pour chroniques et convalescents. Voir à ce sujet le tome II du volume VII de notre rapport : *Les établissements à but lucratif*, tableau VII.2.9.

³ Au Québec, on a commencé à transformer les grands hôpitaux psychiatriques afin d'y diminuer le nombre de lits. En 1961 et 1967, celui-ci est passé de 21,669 à 19,058, soit une diminution de 2,611 lits.

⁴ Voir à ce sujet le tableau XV.1 du chapitre XV du présent volume : « Les implications financières et législatives ».

1770. La division des centres de santé, selon les niveaux de soins — par définition, ceux-ci requièrent des ressources dont le degré de spécialisation varie graduellement¹ — facilite la conciliation des deux objectifs : accès et efficacité. Les CLS, les CCS et les CHU assument en général la responsabilité d'un niveau de soins différent; il est plus facile d'y concilier les objectifs d'accès aux soins et de rentabilité des ressources en y faisant varier de façon articulée la gamme des soins, la dimension des ressources et le bassin de population à desservir.

1771. Ce modèle résout également le dilemme et la confusion de la situation présente, alors que l'hôpital, noyau et seul établissement d'un régime de la santé, doit, par sa dimension et son emplacement, répondre à la fois à des objectifs d'accès aux soins et de rentabilité des ressources².

1. — LES BASSINS MINIMAUX DE POPULATION

1772. En implantant des ressources de santé plus ou moins spécialisées, ces dernières auront un rendement optimal, du fait des normes de qualité des soins et de la technologie.

1773. Quoique les critères de rentabilité définis uniquement par rapport aux bassins de population ne soient pas entièrement satisfaisants, nous devons définir des bassins minima en dehors desquels la rentabilité des ressources nécessaires pour atteindre la qualité voulue des soins ne serait pas possible. En définissant les fonctions de chacun des types de centres de santé, nous avons dans un chapitre précédent³, énoncé des normes qui découlent d'une confrontation des expériences étrangères et des avis reçus par la Commission au cours de ses consultations. Rappelons brièvement les normes proposées dans ce chapitre.

1774. L'objectif d'une médecine globale nécessite au niveau des CLS la formation d'équipes de soins multidisciplinaires. Ainsi, la contrainte de rentabilité ne se définit pas ici par rapport à des ressources spécialisées, humaines ou matérielles, mais plutôt par

¹ Voir le chapitre V du présent volume : « Le régime de la santé ».

² La région du Bas Saint-Laurent—Gaspésie, par exemple, compte dix-huit hôpitaux généraux. Onze d'entre eux ont entre 100 et 200 lits et six ont moins de 100 lits. De la même manière, l'analyse de la morbidité hospitalière dans 6 hôpitaux de la région de Trois-Rivières révèle que chacun de ces hôpitaux offre le même type de soins et soigne le même genre de malades. Voir à ce sujet les annexes 14 et 15 de notre rapport.

³ Voir le chapitre V du présent volume : « Le régime de la santé ».

rapport à une diversification des ressources humaines qui réalisent le concept de médecine globale.

1775. Les équipes de soins décrites précédemment favorisent les substitutions dans l'exécution des diverses tâches de telle sorte que, suivant leur importance et la répartition géographique de la population, elles desservent des bassins de population de 6,000 à 20,000 habitants.

1776. Dans le même chapitre, nous soumettons que les CCS, qui offrent la gamme complète des soins spécialisés, peuvent répondre aux besoins d'une population de 100 à 150,000 habitants. Par contre, pour grouper de façon efficace l'ensemble des spécialités courantes¹, le CCS doit contenir au minimum 300 lits².

1777. Enfin, les soins ultraspécialisés sont destinés à une très faible proportion de la population et nécessitent des investissements très coûteux. Ils doivent donc être groupés dans des centres régionaux et desservir des bassins de population considérables. Le CHU constitue le principal foyer de distribution des soins ultraspécialisés.

1778. Le bassin minimal de population varie de 800,000 à 1,500,000 habitants. Dans le cas de certains types de soins ultraspécialisés, le bassin minimal de population peut atteindre 6,000,000 d'habitants.

2. — L'ACCÈS AUX SOINS

1779. Les bassins de population auxquels nous avons fait allusion reflètent les exigences de l'accès physique et géographique aux soins, dans la mesure seulement où la population est dispersée de façon assez homogène et correspond à une densité moyenne. Ce n'est pas le cas de la population du Québec et, pour cette raison, il est nécessaire d'y ajouter explicitement une dimension de temps ou de distance. L'accès physique est alors défini comme la possibilité pour tout citoyen d'avoir accès aux soins que requiert son état dans un laps de temps convenable.

¹ Pédiatrie, médecine interne, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, chirurgie générale, obstétrique et gynécologie, psychiatrie, physiothérapie et gériatrie, en plus des services complémentaires : radiologie, anesthésie, hématologie, etc.

² La Commission arrive à ce chiffre minimum de 300 lits à partir de ses propres recherches et au terme de consultations menées auprès de plusieurs spécialistes de l'organisation et de la distribution des soins, dont le docteur Sidney S. Lee, vice-doyen d'*Harvard Medical School*. Ces 300 lits sont réunis dans un seul bâtiment ou, s'ils sont dispersés, ils relèvent d'une seule autorité administrative.

1780. On peut retenir comme norme acceptable que le déplacement des malades, entre leur lieu de résidence ou de travail et la plus proche unité de soins, n'exige généralement pas plus de 30 minutes pour les soins généraux et de 60 minutes pour les soins spécialisés.

1781. La Commission est d'avis que les ORS doivent retenir comme base de travail le modèle suivant (tableau XIV.7) qui pondère pour les zones marginales les normes démographiques énoncées précédemment. Il existe divers modes de transport des malades et divers organismes s'en occupent déjà. Toutefois, la Commission est d'avis que les ORS doivent assurer à tous les citoyens, en milieu urbain ou rural, des moyens de transport appropriés en cas de maladie aiguë, sans nécessairement les exploiter eux-mêmes. La Commission, au cours de ses visites, a remarqué des carences majeures dans les moyens de transport à la disposition des malades.

TABLEAU XIV.7

Normes indicatives de distance et de temps pour le transport des malades

<i>Niveau de soins</i>	<i>Temps d'accès moyen</i>	<i>Distance moyenne</i>	
		<i>Route</i>	<i>Air</i>
Soins généraux	Inférieur à 30 minutes	20 milles	75 milles
Soins spécialisés	Environ 60 minutes	56 milles	150 milles

1782. La distance ne doit pas avoir la même importance dans le cas de l'implantation des centres de soins ultraspecialisés. En effet, à cause du coût élevé des installations et du bassin de population qu'ils exigent, il est, en règle générale, plus rationnel de prendre charge du transport du malade par hélicoptère ou par avion que de déconcentrer ce type de soins.

1783. Cependant, dans le cas des CCS, la constitution de bassins de population de 100 à 150,000 habitants est difficile à réaliser si l'on doit respecter partout les normes de temps et de distance. C'est pourquoi, à côté du CCS offrant les soins spécialisés complets, il nous faut considérer la possibilité d'agréer des CCS dont la dimension respectera la norme minimale de 300 lits, mais dont la gamme de soins sera nécessairement plus restreinte. Ces centres devront

posséder juste le matériel nécessaire pour offrir les soins les plus courants : médecine de famille, chirurgie générale, médecine interne, pédiatrie, obstétrique, gynécologie, gériatrie et psychiatrie.

1784. Bien qu'ils doivent réaliser le concept de CCS, ces centres auront cependant un rayonnement plus limité. Ils seront exceptionnels et réservés aux endroits où la population est trop dispersée pour permettre la constitution d'un bassin de 100,000 habitants autour d'un même centre.

1785. De même, l'implantation des CLS qui ont expressément pour but de répondre aux besoins de la population au moment et à l'endroit où ils se manifestent, doit dans une certaine mesure tenir compte de la dispersion de la population québécoise dans des zones rurales ou de très faible densité. C'est pourquoi l'on doit prévoir parfois la formation d'unités locales de soins généraux groupant un médecin seulement et quelques infirmières. Tout en n'étant pas suffisamment diversifiées par rapport aux objectifs d'une médecine globale, ces équipes constituent l'unique moyen de desservir des groupes de 3,000 à 8,000 habitants relativement isolés.

1786. Enfin, dans tous les cas, l'accès aux soins jouera un rôle majeur dans l'emplacement des CLS. Ainsi, en deçà de ces bassins minima, le choix entre une unité de dimension moyenne et deux unités de dimension plus restreinte doit tenir compte de la densité de la population.

1787. De plus, nous avons déjà dit qu'on peut aménager certains CLS à l'intérieur d'un CCS, tandis que d'autres centres peuvent en être plus ou moins éloignés. La dispersion sur un territoire donné — région métropolitaine ou groupe de localités — des CLS doit assurer un accès facile aux soins.

1788. De même, il est extrêmement important de désigner comme prioritaires, dans l'implantation des CLS, les zones métropolitaines ou rurales défavorisées, où, actuellement, l'accès aux soins est difficile.

1789. Le tableau XIV.8 résume ces considérations relatives à la dimension optimale des centres de santé, compte tenu des niveaux de soins à offrir. Le bassin de population que ces centres doivent desservir dépend du nombre de lits nécessaires pour 1,000 habitants, malgré l'imperfection de ce critère. Les besoins de lits, déjà spé-

cifiés, règlent l'importance des contraintes de rentabilité des ressources et d'accès aux soins à respecter parce qu'ils donnent la dimension effective des centres de santé correspondant à divers groupes de population.

TABLEAU XIV.8

Bassins de population et taille * des CCS

<i>Type de CCS</i>	<i>Taille des CCS</i>	<i>Bassin de population desservie</i>
1. Type A	500-1000 lits **	1,000,000-1,500,000 habitants
2. Type B	500-700 lits ***	100,000-150,000 habitants
3. Type C	300-400 lits ***	60,000-80,000 habitants

* Les rapports lits/population utilisés pour 1,000 habitants sont les suivants : 0.3 lit pour soins ultraspécialisés, 2.9 lits pour soins spécialisés, 1.5 lit de malade chronique ou convalescent et 0.5 lit de malade chronique psychiatrique.

** Comprend des lits pour soins ultraspécialisés et des lits pour soins spécialisés, pour malades convalescents, chroniques ou chroniques psychiatriques. Un CCS de type A qui offre des soins ultraspécialisés l'apparentant à un CHU commande nécessairement un bassin de population variant de 1,000,000 à 1,500,000 habitants; il est donc évident que le rapport lits/population ne s'applique pas dans un tel cas.

*** Quarante pour cent de ces lits doivent être des lits de malade chronique, c'est-à-dire destinés aux malades convalescents, chroniques, ou chroniques psychiatriques.

1790. Il est évident que ces normes qui fixent la dimension optimale et, parfois, l'emplacement idéal des CCS doivent s'adapter aux conditions et aux contraintes du milieu. Parmi ces contraintes, mentionnons l'emplacement actuel des ressources, la possibilité de transformation des installations et la rigidité des structures en place.

1791. En regard de la situation actuelle¹, rappelons que ces normes ne doivent pas justifier des immobilisations qui, en négligeant entièrement l'équipement existant, en accélèrent partout la désuétude, ni des installations qui ne fonctionnent pas par la suite, faute d'effectifs.

¹ Voir à ce sujet l'annexe 15 de notre rapport.

1792. La régionalisation des soins doit substituer au concept d'implantation de pièces et de morceaux celui d'une planification et d'une programmation axées sur les besoins de l'ensemble du territoire.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

4.XIV.232. *QUE l'implantation des CCS prévoie au début, pour 1,000 habitants :*

a) *3.2 lits de malade aigu;*

b) *1.5 lit de malade chronique ou convalescent et 0.5 lit de malade psychiatrique chronique.*

4.XIV.233. *QUE la planification de l'équipement hospitalier tienne compte du fait que, dans l'avenir immédiat, le besoin de nouveaux lits pour le traitement de maladies aiguës dans l'ensemble du Québec sera nul.*

4.XIV.234. *QUE les CCS aient une dimension minimale de 300 lits, mais qu'en général des groupements, au moins administratifs, de 400 à 500 lits soient réalisés.*

4.XIV.235. *QUE les CCS offrant l'éventail complet des soins spécialisés soient conçus pour desservir des populations de 100,000 à 150,000 habitants.*

4.XIV.236. *QUE l'emplacement des CCS permette aux usagers de s'y rendre en un temps moyen de 60 minutes.*

4.XIV.237. *QUE soit considérée la possibilité de constituer des CCS offrant seulement les soins les plus courants, lorsque, par exception, les normes d'accès aux soins ne permettent pas le groupement minimal de 100,000 habitants autour d'un même centre.*

- 4.XIV.238. *QUE les CLS forment des équipes de base de 3 à 5 médecins et de 4 à 10 infirmières cliniciennes et infirmières soignantes aidées d'un travailleur social, pour desservir une population de 10,000 à 15,000 habitants.*
- 4.XIV.239. *QUE l'accès aux soins généraux soit rendus matériellement possible dans un délai de 30 minutes.*
- 4.XIV.240. *QUE soit exceptionnellement prévue, dans les zones éloignées, la formation d'équipes de soins plus restreintes pour desservir des bassins de population de 6,000 à 8,000 habitants.*
- 4.XIV.241. *QUE l'emplacement dans un territoire donné des CLS soit déterminé de façon à faciliter au mieux leur accès.*
- 4.XIV.242. *QUE l'ORS soit responsable d'assurer à la population un système de transport approprié en cas de maladie aiguë.*
- 4.XIV.243. *QUE les zones défavorisées, tant métropolitaines que rurales, qui ont difficilement accès aux soins reçoivent priorité dans l'implantation des CLS.*

Appendice XIV.1

Les assistants médicaux

Les assistants médicaux

1. Des publications médicales font état, depuis quelques années, d'expériences tentées dans divers centres américains pour alléger le travail des médecins. Ces derniers confient des tâches à des infirmières spécialisées dans les soins aux enfants, forment équipe avec des infirmières visiteuses et des travailleurs sociaux ou, encore, s'adjoignent des collaborateurs qui ont poursuivi à l'université des études moins poussées que les études médicales régulières. Nous allons retracer brièvement quelques-unes de ces expériences.

2. On a élaboré, au Colorado, un programme d'études accélérées en pédiatrie, à l'intention d'infirmières possédant un baccalauréat en sciences infirmières, en vue de les former à dépister, lors de la consultation, les malades dont l'état requiert un examen médical plus poussé ou des soins proprement médicaux. La durée des études est de quatre mois¹.

3. L'analyse du travail de ces infirmières révèle qu'elles s'occupent seules de 82 pour cent des cas de pédiatrie et qu'elles n'ont recours au médecin ou à l'hôpital que dans 18 pour cent des cas. Leurs consultations portent sur les soins préventifs dans 54 pour cent des cas et sur les symptômes de maladies bénignes des voies respiratoires supérieures, du tube digestif et de la peau dans la majorité des autres consultations.

4. Au Massachusetts, un auteur remarque que quantité des soins que les médecins délèguent à l'infirmière dans leur cabinet de consultation sont précisément ceux que les infirmières de la santé publique donnent actuellement dans des conditions moins favorables². Le rôle traditionnellement réservé à ces infirmières fait l'objet de nouvelles définitions et s'élargit peu à peu³. Certaines expériences démontrent que les infirmières visiteuses, par exemple, jouent un

¹ Henry K. Silver et Loretta Ford : « The Pediatric Nurse Practitioner at Colorado », *op. cit.* Henry K. Silver *et al.* : « A Program to Increase Health Care for Children : The Pediatric Nurse Practitioner Program » *Pediatrics*, mai 1967, vol. 39, N° 5, pp. 756-760.

² Alfred Yankauer *et al.* : « A Survey of Allied Health Worker Utilization in Pediatric Practice in Massachusetts and in the United States », *op. cit.*

³ Earl Siegle et Sylvia C. Bryson : « A Redefinition of the Role of the Public Health Nurse in Child Health Supervision », *American Journal of Public Health*, juillet 1963, vol. 53, N° 6, pp. 1015-1024.

rôle de tout premier plan comme membres d'une équipe interdisciplinaire responsable des soins intégrés d'un groupe de malades et de familles.

5. On rapporte également l'expérience d'une équipe formée d'un omnipraticien, d'une infirmière visiteuse, d'un travailleur social psychiatrique, d'un technicien et d'une secrétaire réceptionniste, qui procure les soins « généraux » à une population urbaine de 2,500 habitants¹. La collaboration entre les membres de l'équipe augmente l'efficacité du médecin, permet d'identifier les problèmes de santé de la collectivité et assure l'information et l'éducation sanitaire.

6. Le nouveau rôle de ces infirmières est généralement bien vu et accepté par la population concernée. Certaines enquêtes démontrent même que la clientèle préfère les soins médicaux et infirmiers combinés en obstétrique et en pédiatrie².

7. Après avoir formé des cliniciennes pédiatriques, Silver élabore un nouveau programme d'assistant-pédiatre dont les études universitaires durent trois ans et comprennent une année d'internat. Travaillant en étroite collaboration avec les médecins de médecine privée ou dans les centres de santé, ils traitent, semble-t-il, de 80 à 90 pour cent des enfants³.

8. Ces innovations dans la distribution des soins ne se limitent pas à la pédiatrie, à l'obstétrique ou à la médecine familiale. Le champ d'action des infirmières et des assistants médicaux peut s'étendre au soin des malades chroniques : c'est une catégorie dont les besoins sont considérables et par laquelle ce nouveau rôle est particulièrement bien accepté⁴.

¹ Kenneth D. Rogers *et al.* : « A General Medical Practice using Nonphysician Personnel », *op. cit.*

² Patricia Ann Ford : « The Relative Roles of the Public Health Nurse and Physician in Prenatal and Infant Supervision », *American Journal of Public Health*, juillet 1966, vol. 56, N° 7, pp. 1097-1103. Alfred Yankauer *et al.* : « The Practice of Nursing in Pediatric Offices : Challenge and Opportunity », *The New England Journal of Medicine*, avril 1970, vol. 282, N° 15, pp. 843-847.

³ Henry K. Silver : « Use of New Types of Allied Health Professionals in Providing Care for Children », *American Journal of Diseases of Children*, novembre 1968, vol. 116, pp. 486-490.

⁴ Charles C. Lewis et Barbara Resnik : « The Nurse Clinic : Dynamics of Ambulatory Patient Care. New Roles for Old Disciplines », *Journal of the Kansas Medical Society*, mars 1967, vol. 68, N° III, pp. 123-124. Charles E. Lewis et Barbara A. Resnik : « Nurse Clinics and Progressive Ambulatory Patient Care », *op. cit.* Charles E. Lewis *et al.* : « Activities, Events and Outcomes in Ambulatory Patient Care », *op. cit.*

9. Le programme de formation des assistants médicaux le plus connu est sans doute celui de l'université Duke¹. L'auteur, qui le décrit, conclut à l'utilisation optimale du talent des professionnels hautement spécialisés en leur adjoignant des assistants².

¹ Kathleen G. Andreoli et Eugene A. Stead : « Training Physicians' Assistants at Duke », *op. cit.*

² Eugene A. Stead : « Conserving Costly Talents — Providing New Assistants », *Journal of the American Medical Association*, décembre 1966, vol. 198, N° 10, pp. 1108-1109.

Les implications financières et législatives

Les implications financières et législatives

INTRODUCTION

1793. L'orientation nouvelle de la distribution des soins, la restructuration des centres de santé, et l'application des programmes que la Commission propose pour le fonctionnement du système à ses débuts auront une répercussion sur les dépenses de santé au Québec. L'analyse de leur situation actuelle a convaincu la Commission qu'il est possible de constituer un ensemble de services plus accessibles, de meilleure qualité et de rentabilité accrue sans majorer proportionnellement les ressources affectées présentement au secteur de la santé. Il importe maintenant de dégager certaines implications financières de l'instauration du régime et de préciser l'ensemble des conditions qui valident notre hypothèse.

1794. Mais, disons-le tout de suite, la mise en œuvre d'une médecine globale au moyen d'unités de soins intégrées nécessite des ajustements au mode de rémunération des professionnels de la santé. Ces ajustements apparaissent nécessaires, tant pour la réalisation des objectifs du régime de soins que pour la mise en place des CLS à un coût qui ne soit pas prohibitif.

1795. L'instauration du régime entraîne aussi des modifications majeures au cadre législatif du domaine de la santé : la loi sur les hôpitaux, la loi sur les établissements pour malades mentaux, la loi sur l'assurance-hospitalisation, la loi sur l'hygiène publique et la loi sur les accidents du travail subiront, en particulier, d'importantes révisions.

1796. Nous consacrons donc le présent chapitre à l'aspect économique des services de santé et, spécialement, à la rémunération du personnel professionnel, de même qu'aux implications législatives du nouveau régime de la santé.

I. — LES IMPLICATIONS SUR LE COÛT DES SERVICES DE SANTÉ

1797. Un des facteurs qui devrait le plus influencer sur le financement du régime de la santé est lié aux modifications que subira l'utilisation des services de santé : l'utilisation actuellement exclu-

sive de l'hôpital, dont les installations, l'organisation et les coûts d'exploitation correspondent à une fonction très spécialisée, doit céder le pas au CLS, nouveau responsable des soins généraux.

1798. En effet, la mise sur pied d'un réseau de soins généraux mobilise un ensemble de ressources humaines, matérielles et financières tel qu'on n'en peut envisager la possibilité que grâce à l'économie réalisée par une utilisation plus judicieuse des hôpitaux. Car le budget consacré à la santé doit demeurer sensiblement dans ses limites actuelles.

1799. C'est pourquoi il est de la première importance de prévoir des programmes qui orientent la structure et le niveau d'utilisation des soins. Tout en tenant compte de l'équilibre à conserver dans l'utilisation des CCS, des CHU et des CLS, de tels programmes impliquent la nécessité d'orienter ou de contrôler ces trois types de ressources. Dans l'éventualité d'une pleine réalisation de ces programmes, voyons leur influence sur le coût des soins.

1800. À cette fin, nous avons choisi 1966 comme année de référence, car nous avons tous les renseignements sur la disponibilité et l'utilisation des centres de soins; nous comparerons les coûts d'exploitation avec ceux qu'auraient vraisemblablement entraînés les taux d'utilisation suggérés pour l'hospitalisation et les soins généraux. Dans chacun des cas, nous traiterons de deux aspects de l'incidence sur les coûts : le changement dans le volume d'utilisation et l'aspect structurel, (ou l'intégration de l'ensemble des services d'un même niveau de soins).

1801. Cette comparaison à rebours est moins aléatoire qu'une projection pure et simple du coût des soins dans le cadre du régime proposé¹.

A. — LES CENTRES COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ ET LES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

1802. Quant aux implications sur les coûts, les propositions principales relatives aux CCS sont les suivantes :

- 1° abaisser le taux d'hospitalisation et, par conséquent, le nombre de lits nécessaires;

¹ Il eût été téméraire, en effet, d'établir des prévisions pour le futur, vu le caractère impondérable des facteurs liés à l'évolution de la population, aux effectifs disponibles, aux tendances actuelles du recours à l'hospitalisation ou des coûts hospitaliers, de même qu'à la rapidité avec laquelle on procédera aux changements que nous préconisons.

2° élargir le concept d'hôpital pour inclure tous les lits et les services spécialisés complémentaires de l'hospitalisation dans un centre de dimension minimale de 300 lits, mais en général de 400 à 500 lits;

3° grouper les soins ultraspécialisés dans les CHU, ou dans quelques CCS à vocation élargie.

1803. De telles normes affectent donc directement les programmes d'immobilisations et les coûts d'exploitation des établissements hospitaliers. Voyons un peu de quelle manière.

1. — LES IMMOBILISATIONS

1804. Pour 1966, selon une moyenne de lits fixée à 5.2 pour 1,000 habitants, les taux d'admission signifient pour l'ensemble du Québec un total de 30,194 lits¹. Le tableau XV.1 compare le total et la répartition de ces lits par rapport à la situation de 1966. On y voit que le nombre de lits dans les hôpitaux du Québec double les besoins, ce qui laisse un surplus de 30,000 lits.

1805. Cette première constatation ne permet certes pas, à elle seule, de comparer les programmes d'immobilisations futures. L'inventaire de l'équipement actuel ne fournit aucun renseignement utile sur sa capacité d'adaptation et, de toute façon, les propositions du rapport ne contiennent aucune description des installations qui corresponde à la formule du centre de santé. Cependant, on évalue l'effet du surplus de lits en comparant la valeur totale des deux programmes d'immobilisations, dans l'hypothèse où ces programmes font l'objet d'un choix, à un moment donné.

1806. Bien que le programme des immobilisations actuelles comporte un nombre deux fois trop élevé de lits, l'intégration de tous les types de lits et le développement des soins ambulatoires et des services diagnostiques, au sein de CCS d'au moins 300 lits, sont des facteurs susceptibles de hausser le coût d'investissement d'un lit d'hôpital.

1807. Le tableau XV.2 compare le coût total des deux programmes d'immobilisations; il montre que, selon les diverses hypothèses relatives au coût moyen par lit dans les CCS, la différence entre les deux programmes peut osciller entre \$300 et \$600 millions.

¹ On obtient ce chiffre en multipliant le chiffre de la population en 1966, soit 5,780,845, par le rapport 5.2 lits/1,000 habitants.

TABLEAU XV.1

**Total et répartition des lits hospitaliers (par catégories de malades)
au Québec en 1966**

	Nombre de lits disponibles en 1966 ¹		Nombre de lits nécessaires suivant les normes		Différence
	Total	Pour 1,000 habitants ²	Norme pour 1,000 habitants	Total	
Lits de malade aigu	28,602	4.94	3.22	18,615	— 9,987
Lits de malade psychiatrique chronique . . .	22,730	3.93	0.50	2,890	— 19,840
Lits de malade chronique et convalescent .	7,320	1.27	1.50	8,672	+ 1,352
Lits de tuber- culeux	1,484	0.25	—	—	— 1,484
Total	60,336	10.39	5.22	30,177	— 29,959

¹ Source : Données tirées de l'annexe 15 de notre rapport.

² Population (1966) : 5,781,100.

Dans l'avenir, la réduction des taux d'hospitalisation peut signifier une baisse de l'investissement nécessaire de l'ordre de 20 à 40 pour cent.

1808. Donc, même si la diminution prévue dans l'utilisation des lits ne produit pas des économies proportionnelles dans tous les soins spécialisés donnés par l'hôpital, la réalisation de ces objectifs entraîne pourtant des économies substantielles au chapitre des immobilisations futures dans le secteur hospitalier.

TABLEAU XV.2

Estimation de la valeur comparée de deux programmes fictifs d'immobilisations, l'un (programme A) pour l'aménagement d'un nombre de lits équivalent à celui de 1966, l'autre (programme B) pour l'aménagement du nombre de lits jugés nécessaires dans le cadre du système intégré préconisé par la Commission autour des CCS

A. Programme basé sur le total et la répartition par catégories des lits dénombrés en 1966.

B. Programme basé sur le nombre de lits nécessaires en 1966 et sur l'intégration aux CCS.

	Nombre de lits	Estimation du coût d'aménagement d'un lit *	Coût total des immobilisations \$ millions
<i>Programme A</i>			
Lits de malade aigu	28,802	\$ 35,000	1,000
Lits de malade chronique et autres lits	31,534	\$ 15,000	475
Total des lits	60,336		1,475
<i>Programme B</i>			
Lits nécessaires pour l'ensemble des catégories **	30,177	(a) \$ 30,000	900
		(b) \$ 35,000	1,000
		(c) \$ 40,000	1,200

Source : Les données concernant les lits sont tirées de l'annexe 15 de notre rapport.

* Cette estimation est basée sur les estimations suivantes, valables pour l'ensemble du Canada en octobre 1968 : de \$25,000 à \$40,000 par lit dans un hôpital général de grande taille à raison de 750 à 1,000 pieds carrés par lit, et de \$12,500 à \$26,500 par lit de malade chronique, convalescent ou tuberculeux à raison de 500 à 700 pieds carrés par lit. Les trois hypothèses (a), (b) et (c) du programme B sont relatives au coût moyen d'aménagement d'un lit dans les CCS.

** Les lits de toutes catégories sont intégrés aux CCS.

2. — LE COÛT DE FONCTIONNEMENT

1809. En 1966, les dépenses courantes affectées au régime de soins hospitaliers s'élèvent à environ \$530 millions¹. En supposant que le taux d'utilisation des lits de malade aigu soit de 100 au lieu de 138.4 pour 1,000 habitants et que la structure du système de soins corresponde davantage à celle que propose la formule des CCS, il est possible d'en estimer les répercussions sur les coûts d'exploitation du système hospitalier.

1810. Nous formulons deux hypothèses : (1°) que le coût d'exploitation d'un CCS est comparable à celui d'un hôpital général de dimension semblable pour le traitement des maladies aiguës; et (2°) que le coût d'exploitation des centres qui offrent des soins ultraspécialisés (CHU), tout en disposant de lits de malades chronique et psychiatrique, s'apparente plutôt à celui des hôpitaux généraux très spécialisés, c'est-à-dire ceux qui, en 1966, comptaient 1,000 lits et plus².

1811. Si l'on admet que 13 pour cent des lits (environ 4,000) sont réservés aux CHU ou aux centres qui atteignent le même degré de spécialisation, on obtient, en appliquant aux deux types de lits, CHU et CCS, le coût moyen de la catégorie qui s'y apparente le plus, soit \$366.3 millions pour le coût de fonctionnement du système hospitalier. Cette estimation comprend les 30,000 lits nécessaires, à l'exclusion de ceux dont sont pourvus les établissements pour malades mentaux. Si, à ces chiffres, nous ajoutons les coûts d'exploitation de ces derniers établissements, en admettant qu'ils restent les mêmes, nous obtenons une estimation totale de \$438 millions (tableau XV.3), soit une économie de l'ordre de \$89.7 millions par rapport au coût de fonctionnement de 1966³.

1812. Il est important de souligner que cette estimation isole en quelque sorte, l'effet des changements dans le nombre de lits néces-

¹ \$447.3 millions en frais d'exploitation pour les hôpitaux généraux et spéciaux sous contrat avec le Service de l'assurance-hospitalisation et pour les hôpitaux privés non rattachés au dit Service, \$71.7 millions pour les hôpitaux psychiatriques, et \$8.7 millions pour le traitement de la tuberculose, soit un total de \$527.7 millions.

² Ces hôpitaux, au nombre de trois, sont déjà des hôpitaux d'enseignement.

³ On peut aussi faire une estimation de l'économie réalisée au chapitre du fonctionnement des hôpitaux à partir des coefficients de main-d'œuvre. On a évalué qu'un taux d'admission de 5.22 dans les hôpitaux de 300 lits et plus, en 1967, aurait permis de libérer 16,500 travailleurs à plein temps et 7,100 travailleurs à temps partiel. Les salaires épargnés étant de l'ordre de \$69.8 millions, ce montant constituerait une économie de près de \$100 millions. En effet, la masse salariale peut représenter une proportion de 70 pour cent du coût total de fonctionnement. Voir à ce sujet l'annexe 8 de notre rapport.

TABLEAU XV.3

Les dépenses pour les soins hospitaliers en 1966
Comparaison entre le coût de fonctionnement des hôpitaux en 1966 et le
coût de fonctionnement estimé des CCS pour la même année

I — Le coût de fonctionnement des hôpitaux en 1966

	<i>Coût total \$ millions</i>
1. Hôpitaux généraux et spéciaux *	447.3
2. Établissements pour malades mentaux	71.7
3. Traitement de la tuberculose	8.7
Total	527.7

* Hôpitaux sous contrat avec le Service de l'assurance-hospitalisation et estimation du coût de fonctionnement des établissements privés ne relevant pas de ce service.

II — Le coût de fonctionnement des centres de santé : estimation pour 1966

	<i>Nombre de lits (a)</i>	<i>Coût de fonc- tionnement moyen par lit (b)</i>	<i>Coût total \$ millions (a) x (b)</i>
1. CHU, ou centres ultra-spécialisés	4,000	\$19,599 ¹	78.4
2. CCS :			
— soins spécialisés pour malades aigus	16,128	\$14,135 ²	228.1
— soins pour malades chroniques, convalescents et chroniques psychiatriques	10,032	\$ 5,979 ³	59.8
			<hr/> 366.3
3. Établissements pour malades mentaux			<hr/> 71.7
Total			<hr/> 438.0

¹ Coût de fonctionnement moyen des hôpitaux généraux de 1,000 lits et plus en 1966.

² Coût de fonctionnement moyen des hôpitaux généraux de 300 à 500 lits en 1966.

³ Coût de fonctionnement moyen des hôpitaux pour malades chroniques et convalescents en 1966.

saires (à l'exception des lits de malade psychiatrique dont la situation n'est pas modifiée) et dans la structure des établissements. En somme, en utilisant pour cette estimation le coût moyen par lit observé dans les hôpitaux de même taille, on y emprunte les coefficients de main-d'œuvre et toutes les caractéristiques de leur fonctionnement, y compris le degré plus ou moins élevé d'inefficacité qui reflètent ces coûts moyens¹.

B. — LES CENTRES LOCAUX DE SANTÉ

1813. En ce qui a trait aux CLS, nous formulons les propositions principales suivantes :

1° augmenter la disponibilité et l'utilisation des soins généraux, en y intégrant :

- les soins distribués par les « unités sanitaires », les services de santé scolaires et les services municipaux de santé ;
- les soins généraux donnés dans les consultations externes² et les cabinets privés ;
- les soins dentaires et optiques ainsi qu'une partie du service social médical et des soins à domicile ;

2° réaliser cette augmentation du volume des soins au moyen d'une répartition nouvelle des tâches entre médecins, assistants médicaux et autres professionnels de la santé.

1. — LES IMMOBILISATIONS

1814. Le coût des immobilisations pour la mise en place de CLS est très variable selon la conception que l'on se fait, avec le temps, de ces unités de soins. Les recommandations pour la création des CLS laissent une grande flexibilité aux formules futures. Le CLS se définit non pas comme un bâtiment, mais comme un complexe d'unités de soins caractérisé par le groupement de professionnels en équipes de soins. Ce groupement se réalise au sein de tout établissement existant : hôpital, service municipal de santé, « unité sanitaire », y compris une polyclinique ou un cabinet de médecin, qu'un CCS achète ou loue simplement. On organise la plupart des unités

¹ C'est pourquoi l'année de référence choisie importe peu. Les effets qu'a sans doute entraînés la grève générale des hôpitaux en 1966 sur les coûts apparaissent déjà dans l'estimation et le coût réel.

² Il faut rappeler que certaines unités de soins généraux pourront loger au sein d'un CCS et d'autres, à l'extérieur.

de soins dans le cadre d'une extension des services externes d'un hôpital. On utilise également et transforme progressivement de petits hôpitaux des régions rurales, des « unités sanitaires » ou des polycliniques, du moins dans les endroits où l'une ou l'autre de ces ressources existe déjà.

1815. Toutefois, la répartition de l'équipement sanitaire actuel est très inégale, surtout dans les zones défavorisées, urbaines ou rurales. Alors qu'ils ont difficilement accès aux ressources de santé, les groupes défavorisés sont précisément ceux qui ont le plus grand besoin de soins. Il est donc essentiel que le programme d'immobilisations pour implantation de CLS corrige en premier lieu les disparités.

1816. De plus, soulignons que l'on ne doit pas étendre à tout le Québec un programme de construction de CLS avant de mettre à l'épreuve, par un certain nombre d'expériences pilotes, la formule du centre intégré de soins.

2. — LE COÛT DE FONCTIONNEMENT

1817. Pour estimer le coût de fonctionnement des CLS, il nous faut préciser les effectifs globaux nécessaires. Le choix de ces équipes, dont nous avons discuté dans des chapitres précédents, doit refléter la nature des fonctions de dépistage, de diagnostic, de traitement, de prévention, d'éducation et de réadaptation fonctionnelle et sociale. Il doit également traduire l'association au travail du médecin de celui des autres professionnels de la santé, donnant ainsi au médecin la possibilité de s'acquitter des tâches pour lesquelles il est spécifiquement formé. Enfin, le total des effectifs doit tenir compte des exigences d'accès plus facile aux soins.

1818. Le tableau XV.4 énumère les catégories de personnel nécessaire aux équipes de soins généraux et donne le total des effectifs qu'il aurait fallu prévoir pour la population du Québec en 1966. On a basé les rapports population/effectifs sur la composition des équipes suggérée dans les chapitres précédents pour desservir des groupes de population de 10,000 à 15,000 habitants, ou même davantage lorsque la densité de la population le permet.

1819. Sauf dans le cas des dentistes, des pédiatres et des psychiatres, dont le nombre était nettement insuffisant, et dans le cas des assistants médicaux et dentaires, qui n'existaient pas, l'effectif de la santé était en général suffisant pour remplir les cadres¹.

¹ Le Québec comptait seulement 236 psychiatres et 219 pédiatres en 1966.

TABLEAU XV.4

Catégories de personnel nécessaire dans les CLS, estimation de l'effectif total de chaque catégorie qu'il aurait fallu en 1966 et de son traitement annuel, à l'exclusion de l'effectif professionnel rémunéré à l'acte

	<i>Nombre total</i>	<i>Traitement annuel à l'exclusion des professions ré- munérées à l'acte \$ millions</i>
Omnipraticiens (1/3,300h.)	1,728	
Hygiénistes et spécialistes en médecine industrielle (1/40,000h.)	144	
Internistes généraux (1/20,000h.)	288	
Pédiatres (1/20,000h.)	288	
Gynéco-obstétriciens, gynécologues, obstétriciens	288	
Psychiatres (1/20,000h.)	288	
Chirurgiens généraux (1/20,000h.)	288	
Radiologistes (1/20,000h.)	288	
Orthopédistes (1/40,000h.)	144	
Ophthalmologistes (1/40,000h.)	144	
Oto-rhino-laryngologistes (1/40,000h.)	144	
Cardiologues (1/40,000h.)	144	
Physiatres (1/60,000h.)	96	
Dentistes (1/3,300h.)	1,728	
Optométristes (1/20,000h.)	288	
Pharmaciens (1/20,000h.)	288	
Infirmières cliniciennes, assistants dentaires, assistants sociaux et infirmières diplômées (1/850h.)	11,328	60.4
Techniciens en biologie médicale et en radiologie	864	4.4
Physiothérapeutes et ergothérapeutes	288	2.0
Diététiciennes	288	1.8
Psychologues (1/20,000h.)	288	2.0
Travailleurs sociaux (1/20,000h.)	288	2.0
Administrateurs et adjoints	432	3.4
Personnel de secrétariat (dactylos et réceptionnistes)	3,552	12.0
Préposés à l'entretien ménager	864	3.3
		95.3

Source : Voir à ce sujet le chapitre XIV du présent volume : « Les régions sanitaires, les programmes de soins et de salubrité publique et l'implantation des centres de santé ».

1820. Sur la base des taux de salaires en vigueur dans les hôpitaux sous contrat avec le Service de l'assurance-hospitalisation, nous estimons à environ \$95 millions les traitements annuels versés au personnel des CLS ¹, à l'exclusion des médecins et autres professionnels rémunérés à l'acte et dont les honoraires ne sont pas payés par l'État.

1821. Donc, mis à part les honoraires, le fonctionnement des CLS peut se solder par \$110 millions, si l'on accepte l'hypothèse que les salaires représentent environ 85 pour cent du coût global de fonctionnement. On remarquera que ce montant n'est pas moins élevé que la différence entre le coût de fonctionnement des hôpitaux en 1966, d'une part, et le coût estimé des CCS, d'autre part ².

1822. Quant à la rémunération des professionnels, au Québec en 1966, on estime les dépenses pour les soins médicaux (rémunération brute) à \$186 millions et pour les soins dentaires à environ \$45 millions ³. Bien que le coût et la quantité des soins devenus plus accessibles puissent augmenter, l'on ne peut s'attendre à ce que la rémunération nette totale des professionnels de la santé s'accroisse dans les mêmes proportions. En effet, comme les unités de soins intégrées permettent aux médecins de se consacrer aux tâches pour lesquelles leur formation les a préparés, on répartit entre les professionnels qui prennent la relève la valeur additionnelle des soins donnés. Nous reportons à la section suivante une étude plus approfondie de cette question.

1823. Le prix des ressources et l'efficacité économique de l'hôpital étant, par hypothèse, les mêmes dans les deux systèmes, le fonctionnement des services du régime proposé requiert donc, dans l'ensemble, des ressources financières sensiblement équivalentes à celles qu'on alloue actuellement au secteur de la santé.

1824. Pour qu'il en soit ainsi, les professionnels de la santé doivent être mobiles, du moins sur le plan géographique et au niveau des établissements, et leur rémunération, lorsqu'ils touchent des honoraires, doit subir un ajustement de façon à en exclure la composante technique des soins.

¹ De plus, nous supposons qu'environ 20 pour cent des infirmières cliniciennes et des assistants dentaires et autres auraient accompli un travail de nuit.

² Au tableau XV.3, on voit qu'on aurait pu réaliser une économie d'environ \$89.7 millions au plan de l'hospitalisation. À ce montant s'ajoutent environ \$10 millions, soit le montant qu'aurait permis d'épargner l'intégration aux CLS des « unités sanitaires » et des services municipaux de santé.

³ *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, volume I, *l'Assurance-maladie*, p. 101, tableau II.

1825. Quant à l'efficacité économique des établissements de santé, nous la supposons à peu près identique dans les deux régimes afin de dégager les implications nettes de certains objectifs et de certains changements dans la structure des soins. Rappelons toutefois que plusieurs recommandations relatives à la régionalisation, à l'organisation, à la gestion et à l'évaluation du régime de la santé soulignent la nécessité d'un contrôle continu de l'efficacité et du coût des soins. Nous sommes persuadés qu'il est possible d'améliorer d'au moins 30 pour cent l'efficacité des établissements de santé.

1826. Enfin, si l'importance actuellement accordée à l'hospitalisation et à la phase aiguë de la maladie se déplace à l'avantage des soins généraux, sans réduire dans l'immédiat le coût de fonctionnement des services, le rendement gagne en valeur. Et une amélioration marquée de l'état de santé général de la population accompagnera inévitablement, à échéance plus ou moins brève, un meilleur contrôle de l'évolution des coûts des soins.

1827. Quant aux investissements, les programmes pour une utilisation plus rationnelle des soins permettront au gouvernement du Québec et aux Québécois de faire des économies substantielles.

1828. Bien que nous ne puissions préjuger de la désuétude de l'équipement actuel ni, en conséquence, estimer de façon satisfaisante le coût des transformations futures de nos établissements hospitaliers, il convient de souligner encore une fois que la formule des CCS, par plus que celle des CLS, n'implique une concentration des lits dans un même endroit.

1829. En conséquence, il faut limiter les programmes futurs d'immobilisations dans le secteur de la santé bien en deçà de ceux qu'on a mis en œuvre depuis quelques années¹. De 1966 à 1970, en effet, la réalisation et l'achèvement de 72 projets de construction, d'agrandissement et de rénovation d'hôpitaux représentent un montant global de \$162.7 millions. Comme les travaux en voie de parachèvement en 1969 atteignent au total \$8 millions, la moyenne annuelle des immobilisations de 1966 à 1970 s'élève donc à \$62 millions².

¹ Voir l'annexe 15 de notre rapport.

² On base ces montants sur des estimations du ministère de la Santé et, dans la plupart des cas, les coûts réels se révèlent supérieurs aux montants d'abord estimés et approuvés. Voir à ce sujet l'annexe 15 de notre rapport.

1830. D'autre part, les projets approuvés par arrêtés en conseil et dont la réalisation n'attend, au début de 1970, que la mise au point et l'approbation des plans et devis, approchent \$250 millions ¹.

1831. De semblables immobilisations annoncent une hausse fantastique du coût de fonctionnement futur des services de santé. Cependant, dans la perspective des programmes recommandés, on peut, sinon abandonner, du moins modifier plusieurs de ces projets ou les remplacer par d'autres moins ambitieux et moins spectaculaires, mais plus rationnels, et qui contiennent dans des limites acceptables l'évolution des coûts d'exploitation des établissements hospitaliers.

II. — LA RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

1832. Les expériences américaines citées ² comme prototypes de la médecine globale se caractérisent par un mode de rémunération des médecins qui diffère de la formule traditionnelle de la rémunération à l'acte :

Prepaid group practice, as one model, has demonstrated substantial economies by markedly decreasing rates of hospitalization and restructuring the financial incentive system for the physician. The President's Health Manpower Commission indicated that the Kaiser Plan provided high-quality services at about 30 per cent below the cost of its competition ³.

Le fonctionnement d'équipes multidisciplinaires, qui intègrent tous les soins généraux de prévention, de dépistage, de traitement et de réadaptation, s'accommode difficilement d'ailleurs de ce mode de rémunération. De plus, ce mode prévaut généralement dans la médecine privée et l'instauration d'un régime d'assurance-maladie dans une optique restreinte de tiers-payant, et en dehors des considérations sur les objectifs globaux d'une politique de la santé, ne nécessite pas en soi une modification de cette situation. Précisons maintenant les raisons pour lesquelles la médecine globale et le paiement à l'acte

¹ Données obtenues du ministère de la Santé.

² On rapporte ces expériences au chapitre XIV du présent volume, particulièrement celles de *Kaiser Foundation* et du *Health Insurance Plan of Greater New York*. Au Canada, une expérience analogue est en cours au *Community Group Health Centre* de St. Catharines, Ontario, où les médecins sont rémunérés à raison de tant par tête.

³ Extrait de : « The Kaiser Foundation Medical Care Program », dans *Report of the National Advisory Commission on Health Manpower, op. cit.*, vol. II, Appendice IV, pp. 197-228. Voir également : M. I. Roemer et D. M. Dubois : « Medical Costs in Relation to the Organization of Ambulatory Care », *The New England Journal of Medicine*, mai 1969, vol. 280, N° 18, pp. 988-993.

se concilient difficilement. Nous exposerons en même temps les adaptations essentielles de ce mode de rémunération que présuppose l'implantation des unités intégrées de soins généraux.

1833. On distingue trois motifs d'incompatibilité entre ce mode de rémunération et l'organisation d'unités de soins intégrées dans les CLS ou les CCS. Chacune de ces raisons impose un type d'adaptation ou d'ajustement différent.

A. — LA COMPOSANTE TECHNIQUE ET LA COMPOSANTE PROFESSIONNELLE DE L'ACTE MÉDICAL

1834. On fixe le prix de l'acte médical dans un contexte général de médecine privée où le médecin assume ses frais d'exercice. Dans l'hypothèse où le centre de santé relève d'une administration et d'un financement publics, le médecin attaché à cet établissement et rémunéré à l'acte n'a alors droit qu'à la partie de cette rémunération qui constitue la rémunération nette, ou l'honoraire pour ses services professionnels.

1835. Il n'est pas nécessaire d'insister sur ce premier point. Tant que le médecin est en exercice privé, il est bien entendu que la rémunération qu'il reçoit, en plus de représenter un honoraire, couvre les dépenses d'exercice de sa profession : investissement dans l'établissement d'une pratique, matériel et fonctionnement de son cabinet. Si, d'autre part, il exerce sa profession au sein d'une unité de soins dont la propriété ou la location, les frais de matériel et les dépenses courantes sont déjà payés, la rémunération qu'il reçoit doit s'ajuster en conséquence et refléter uniquement la composante professionnelle, ou la rémunération nette.

1836. À défaut de cet ajustement, celui qui finance les soins assume deux fois une partie de leur coût. L'instauration d'un régime de soins tel que nous le proposons projette sans doute un éclairage nouveau sur la nécessité de cet ajustement. Mais déjà, la situation actuelle doit dans bien des cas commander un ajustement analogue. Ainsi, chaque fois qu'un médecin exerce privément sa profession à l'hôpital, et qu'il y utilise, au moins en partie, les locaux, les installations et le personnel, il devrait rembourser à l'établissement le coût de ces services techniques, dont le paiement à l'acte tient compte. Or, un tel ajustement ne s'est fait pas fait dans le passé.

1837. L'ajustement nécessaire peut s'effectuer de deux façons : soit que le médecin, pour chacun des actes médicaux qu'il accomplit, conserve uniquement la partie qui représente l'honoraire pour ses

services professionnels; soit encore qu'il conserve la rémunération brute, mais qu'il loue en quelque sorte les moyens de production.

1838. Dans les deux cas, l'ajustement suppose que l'on isole l'honoraire professionnel, de façon que la différence entre la rémunération brute et cet honoraire traduise les dépenses réelles reliées aux actes médicaux. Nous verrons cependant plus loin, qu'à cause des objectifs poursuivis, la politique de la santé n'est pas indifférente au mode d'ajustement.

B. — L'EXERCICE INTERDISCIPLINAIRE ET LA SUBSTITUTION DANS L'EXÉCUTION DES TÂCHES

1839. Le mode de rémunération à l'acte convient mal à un contexte dynamique où l'organisation du travail et la composition des équipes de soins entrent de plain-pied dans l'ère d'une médecine multidisciplinaire, et exploitent les possibilités de substitution dans l'exécution des tâches. Sur quelle base (mode et niveau) faut-il rémunérer les professionnels de la santé (médecins biologistes, épidémiologistes, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières) ?

1840. Pour que le mode de rémunération à l'acte convienne à cette situation, il faut qu'à chaque partage des tâches corresponde également celui des rémunérations. En effet, si le médecin reçoit une rémunération constante pour l'ensemble des actes qu'il accomplit, alors qu'un personnel complémentaire se charge d'une partie de son travail, il réalise un « profit » net équivalent à la valeur des soins distribués par ce personnel complémentaire.

1841. Le type d'ajustement nécessaire ici est essentiellement de même nature que le premier; il n'en diffère que par la complexité de son application.

1842. Il s'agit en effet de reconnaître que, à mesure que l'équipe de soins s'élargit, il doit y avoir déplacement de la composante technique par rapport à la composante professionnelle de la rémunération. La valeur accrue des soins distribués ne constitue pas un profit pour le seul médecin, mais sert à la rémunération des travailleurs, dont la présence augmente la valeur ou le volume des soins par rapport à une charge de travail constante.

1843. Il est évident que, si l'on refuse le principe de cet ajustement, tout changement dans la fonction de distribution des soins, dont l'État assume le financement, entraîne un coût prohibitif et devient dès lors impossible. En effet, chaque fois que l'on accroît la

valeur ou le volume des soins au moyen de la substitution des tâches entre le médecin et les autres professionnels de la santé, si celle-ci ne s'accompagne d'aucun ajustement du prix de l'acte médical, et que la rémunération de l'aide apportée au médecin reste la même, le coût additionnel double celui que représente la valeur additionnelle des soins. Il s'agit, encore une fois, d'un double paiement pour les mêmes soins. Comment résoudre, dans la pratique, ce type de problème tout en maintenant le système de rémunération à l'acte ?

1844. Une première façon, complexe certes mais concevable, consiste en un ajustement de la valeur nette de chaque acte pour tenir compte de la contribution de plusieurs disciplines, de sorte que le médecin ne se voie point attribuer un honoraire pour la partie du travail qu'il a déléguée, sauf évidemment pour la responsabilité qu'il conserve vis-à-vis de la qualité du traitement.

1845. Une deuxième façon consiste à constituer une masse commune, qui est répartie ensuite entre les membres du personnel suivant des modalités dont ils conviennent.

1846. Toutefois, dans un cas comme dans l'autre, il est essentiel que le système d'ajustement ne tolère point de discrimination envers certaines professions ou soit acceptable pour tous et qu'il ne compromette point l'objectif de l'exercice interdisciplinaire et de la substitution dans l'exécution des tâches.

1847. Eu égard à ces contraintes, nous nous demandons jusqu'à quel point le paiement à l'acte, dans le cadre d'une médecine privée ou d'un mode d'exercice interdisciplinaire, et les objectifs d'une médecine globale axée sur la personne et sur le travail d'équipe sont conciliables.

1848. Il s'agit en somme d'examiner le mode de rémunération à l'acte face aux objectifs que poursuit le régime de soins proposé.

C. — LA CONCILIATION DU MODE DE RÉMUNÉRATION ET DES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ

1849. Parce que la santé est pour l'individu un bien nécessaire et que la société se porte garante du droit à la santé, le mode de rémunération prend lui-même une dimension particulière. Il ne doit pas nuire aux mécanismes qui permettent d'atteindre les objectifs de la politique de la santé. Il doit au contraire, et le plus possible, contribuer à la réalisation de ces objectifs. Il doit favoriser l'accès

de toute la population à des soins de qualité, encourager la qualité des soins, et assurer au médecin et aux autres professionnels de la santé un traitement proportionné à leur rôle dans la société.

1850. Dans nos sociétés, la rémunération reflète et stimule à la fois la productivité¹. Si la rémunération comporte toujours un stimulant, il faut que ce stimulant s'adapte aux objectifs poursuivis par le régime de la santé.

1851. Par certains aspects, il y a dans le paiement à l'acte une incitation contraire aux objectifs de la politique de la santé, parce que ce mode de rémunération tend à mettre l'accent sur l'acte médical lié à la maladie. Au contraire, une médecine globale exige de l'équipe qui le soutiendra dans les diverses phases de sa maladie qu'elle considère le malade dans son intégrité. Le mode de rémunération à l'acte, qui dissocie la maladie de la personne, s'oppose donc à cette conception.

1852. Le mode de rémunération à l'acte constitue un stimulant direct pour accroître le volume des soins médicaux — notamment les plus complexes et les plus payants — au détriment du temps consacré à la personne. Par opposition, une médecine globale se fonde non pas sur le nombre d'actes, mais plutôt sur la responsabilité entière des problèmes de santé d'une population. Elle insiste non pas sur le traitement de la maladie, mais sur la nécessité de la prévenir et de fournir des soins complets de façon continue. L'augmentation du volume ou de la valeur des soins donnés dans cette optique ne tient pas à la complexité des actes médicaux, mais à la multiplication des actes les plus simples qui favorisent l'amélioration de la santé.

1853. Actuellement, une large partie de la distribution des soins est axée, et dans son esprit et dans ses structures, sur le traitement pendant la phase active de la maladie. Le mode de rémunération à l'acte est la principale explication de cet état de fait. Il favorise certaines spécialités médicales ou chirurgicales qui, en conséquence, attirent le plus grand nombre de médecins. Les soins de prévention et de réadaptation sont tout à fait déconsidérés dans ce système. Certaines conclusions d'une étude sur l'exercice de la médecine en Saskatchewan résument ce point de vue.

The doctor's most remunerative hours in the office were those during which he saw a number of patients quickly. Our data confirmed what we already knew : the fee for service schedule places an overwhelming emphasis on both minor and major procedural items and downgrades virtually all visit items...

¹ Voir à ce sujet l'annexe 13 de notre rapport.

General practitioners, most of whom are not trained to perform major abdominal or gynecological surgery, received almost as much income in 1964 from the Saskatchewan Medical Care Insurance Commission for performing 6,347 such operations as they did for carrying out 100,166 complete check-ups on patients who were new to them...¹.

1854. L'on conçoit, dès lors, que la définition par l'État d'une politique de la santé et l'établissement d'un système de distribution des soins aient des implications directes sur le mode de rémunération.

1855. Lorsque la Commission recommande, dans son premier rapport, qu'on négocie un niveau de salaire parallèlement à la rémunération à l'acte, elle y voit, en même temps que la possibilité d'intéresser un bon nombre de médecins, un moyen de favoriser l'avènement d'une véritable médecine d'équipe et d'établir un certain équilibre entre les spécialités dont les revenus actuels présentent de grandes disparités².

1856. La négociation parallèle d'un salaire et d'un mode de rémunération à l'acte constitue un moyen d'identifier le niveau de rémunération, qui constitue la composante professionnelle des soins. Par conséquent, cette méthode sert de base à un ajustement du mode de rémunération à l'acte vers une rémunération nette pour les soins donnés. Elle constitue également un moyen d'atteindre un certain équilibre entre les revenus des diverses spécialités. Toutefois, elle ne corrige pas en soi les caractéristiques du paiement à l'acte qui entrent en conflit avec les objectifs fondamentaux de la politique de la santé proposée.

1857. Une médecine globale centrée sur la prévention et la réadaptation et qui tient compte de l'aspect psychosocial de la maladie, le travail en équipe, des soins axés sur l'individu et sa famille seront difficiles, voire impossibles à réaliser, dans un système de rémunération à l'acte. Par contre, on peut envisager plusieurs autres modes de rémunération, dont certaines formules mixtes. Ainsi, outre le salariat, les formules de plafonnement du revenu, conçues à partir du système de rémunération à l'acte et utilisées surtout pour ré-

¹ Extrait de : Samuel Wolfe et al. : *The Work of a Group of Doctors in Saskatchewan*, novembre 1966, document miméographié. Voir également : James Hogarth : *The Payment of the Physician*, The MacMillan Company, New York, 1963. C. A. Alexander : « The Effects of Change in Methods of Paying the Physicians : The Baltimore Experience », *The American Journal of Public Health*, août 1967, vol. 57, N° 8, pp. 1278-1289. W. R. Scott et E. H. Volkart : *Medical Care*, Wiley, New York, 1966, p. 133.

² *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, volume I, *L'Assurance-maladie*, pp. 165-166.

munérer les enseignants et les chercheurs en milieu clinique, ont pour objet de réduire l'incitation à la médecine privée qui, pendant longtemps, empêcha le recrutement d'enseignants en milieu hospitalier.

1858. De la même manière, pour encourager la médecine d'équipe dans les CLS, on peut concevoir une formule assurant un revenu minimum de base — sous forme de salaire ou autre — en deçà duquel les honoraires sont partagés à partir de critères définis en relation étroite avec les objectifs du système : au prorata du nombre de cas, du type d'examen, du nombre de personnes vues, etc.¹.

1859. La Commission croit que le mode de rémunération à l'acte, qui a cours dans le contexte d'une médecine privée, et la réalisation d'une médecine globale sont inconciliables. Elle croit que d'autres formules — par exemple la rémunération au prorata du nombre de cas, sur laquelle on peut greffer des incitations directes sous forme de rémunération additionnelle — doivent être mises à l'essai. Il lui apparaît évident, en effet, que l'exercice d'une médecine globale par une équipe de soins est plus facile à réaliser si le médecin est rémunéré sur la base d'un salaire, comme cela semble logique et est même appliqué à l'égard d'autres agents de la santé.

1860. Pour que le salariat soit équitable, il faut que le volume de travail du médecin soit assez constant. L'exercice en groupe et la délégation des tâches protègent le médecin contre les amples fluctuations de la demande. De plus, on peut facilement annuler les inconvénients d'un transfert de la rémunération à l'acte vers le salariat par un système d'incitations qui permet d'ajouter, à la rémunération de base, un montant par tête, par cas, ou par type d'examen. Les avantages du salariat, au point de vue du professionnel lui-même auquel il procure la sécurité, les avantages sociaux liés à la retraite et aux vacances, une carrière plus longue et un système de travail moins dur, nous semble largement contrebalancer les avantages actuels de la rémunération à l'acte².

¹ Les avantages et les inconvénients des divers modes de rémunération en regard des objectifs d'une politique de la santé sont analysés dans l'annexe 13 de notre rapport.

² Il est évident que les niveaux de salaires doivent s'apparenter à la rémunération qu'assure en moyenne aux médecins le paiement à l'acte. Dans le cas contraire, il y a de fortes chances que l'on répète ici l'erreur faite ailleurs, alors que le recrutement de la plupart des médecins salariés (hygiénistes, pneumologues, chercheurs, enseignants) et la qualité des soins donnés ont souffert d'une médecine salariée mais insuffisamment rémunérée.

1861. Enfin, un mode de rémunération particulier aux médecins ne peut que maintenir les tensions interprofessionnelles et saper à la base l'esprit de respect mutuel, de collaboration étroite et de répartition du pouvoir de traiter selon la compétence, qui est essentiel à l'existence même des équipes multidisciplinaires de soins.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

4.XV.244. *QUE le mode de rémunération à l'acte soit progressivement abandonné au profit d'autres formes de rémunération, tels le salariat et la rémunération au prorata du nombre de cas traités.*

4.XV.245. *QUE des stimulants à la réalisation des objectifs d'une médecine globale soient greffés, au cours de la période de transition, sur le système de rémunération.*

4.XV.246. *QUE les stimulants soient conçus de sorte qu'ils favorisent également la médecine d'équipe.*

4.XV.247. *QUE les stimulants s'adressent à l'ensemble des professionnels travaillant au sein d'équipes de soins.*

4.XV.248. *QUE, dans les centres de santé où le mode de rémunération à l'acte est conservé pour certains praticiens, la rémunération soit ajustée pour tenir compte de l'absorption par l'État de la composante technique des soins.*

III. — LES IMPLICATIONS LÉGISLATIVES

1862. L'instauration du régime de la santé nécessite enfin d'importantes modifications au cadre législatif actuel de la santé au Québec, plus particulièrement au régime juridique des établissements hospitaliers qui se transformeront en CCS ou en CLS. Il n'est pas dans notre propos de préciser ici en détail les diverses modifica-

tions législatives qui s'imposent; nous citerons simplement les points majeurs qui devront faire l'objet d'une réforme.

1863. Le pivot de toute la réorganisation du régime de la santé, on s'en rend compte aisément, réside dans la création d'ORS qui jouissent de larges pouvoirs délégués par l'Assemblée nationale. Aussi, la première mesure législative à adopter, en vue de mettre en œuvre le régime proposé, est une loi sur les ORS qui comporte des dispositions relatives à la composition, aux fonctions, aux pouvoirs et aux obligations de ces organismes. On y inclura une disposition permettant au lieutenant-gouverneur en conseil de créer des ORS lorsqu'il jugera opportun d'ouvrir de nouvelles régions sanitaires.

1864. La deuxième mesure législative importante a trait au remplacement de la loi sur les hôpitaux¹ par une loi sur les centres de santé, avec des clauses particulières pour les CLS, les CCS et les CHU. Cette loi, à notre avis, doit contenir essentiellement :

- a) une définition claire et précise des divers centres de santé;
- b) une définition générale de leurs structures administratives;
- c) la détermination des pouvoirs, responsabilités et statuts de l'administration et des professionnels de la santé à l'intérieur de ces centres;
- d) la détermination des mécanismes généraux de relations entre administrateurs et professionnels de la santé;
- e) une détermination claire et précise des pouvoirs des ORS et, le cas échéant, des universités sur l'administration de chaque type de centre de santé.

Les règlements faits sous le régime de cette loi différeront pour chacune des trois sections précédemment mentionnées et s'adapteront à chaque catégorie de centre de santé.

1965. Contrairement à la présente loi sur les hôpitaux, cette loi ne contiendra pas de dispositions précises quant à la composition des corporations et des conseils d'administration. Nous croyons préférable de régler cette délicate question par le truchement des divers actes de reconnaissance officielle que donneront les CCS et les CHU aux CLS, d'une part, et les ORS ou, le cas échéant, les universités aux CCS et aux CHU, d'autre part. En effet, on a vu, au

¹ Loi des hôpitaux, S. R. Q. 1964, chap. 164.

cours des chapitres précédents¹, que la délivrance de ces actes de reconnaissance officielle est conditionnée par l'acceptation des différents centres de santé de modifier leur charte quant à la composition de leur corporation et de leur conseil d'administration.

1866. Cette loi sur les centres de santé doit intégrer les établissements pour malades mentaux et les établissements psychiatriques pour détenus. C'est dire qu'on doit abroger les lois relatives à ces deux types d'établissement : la loi sur les établissements pour malades mentaux² et la loi sur les établissements psychiatriques pour détenus³.

1867. Les audiences publiques et les visites ont permis à la Commission de se rendre compte que les établissements psychiatriques pour détenus n'ont plus leur raison d'être, et qu'on doit les intégrer à l'un ou l'autre type de centre de santé couvert par la nouvelle loi sur les centres de santé.

1868. Quant aux établissements pour malades mentaux, ils ont à ce point subi les assauts de l'intégration que l'on ne peut douter de la nécessité de les intégrer au régime général des centres de santé. En effet, on reconnaît de plus en plus que le traitement des malades mentaux s'effectue efficacement à l'intérieur d'un centre de santé normal et, de ce fait, on constate que plusieurs hôpitaux généraux possèdent déjà leur service de psychiatrie. Il semble que cette tendance soit irréversible et que les établissements pour malades mentaux deviendront des centres de santé parmi beaucoup d'autres, avec spécialité en psychiatrie, ou encore des unités d'un CCS. Dans tous les cas, la structure suggérée pour le CCS dans le chapitre sur l'organisation du régime de la santé⁴ leur est applicable et l'autorité que la loi sur les établissements pour malades mentaux reconnaît au surintendant passera au directeur des services professionnels du CCS, qui, bien sûr, agira sur les conseils du directeur du département de psychiatrie.

1869. Étant donné, toutefois, que la loi sur les établissements pour malades mentaux comporte des dispositions qui n'ont aucun rapport avec la structure ou le mode d'exploitation des établissements hospitaliers, nous croyons sage que ces dispositions fassent l'objet

¹ Voir, notamment, le chapitre VI du présent volume : « L'organisation du régime de la santé ».

² Loi des institutions pour malades mentaux, *S. R. Q.* 1964, chap. 166.

³ Loi des institutions psychiatriques pour détenus, *S. R. Q.* 1964, chap. 167.

⁴ Voir le chapitre VI du présent volume.

d'une loi particulière portant sur la santé mentale. À cet égard, il y a lieu de s'inspirer du *Mental Health Act 1967*, de la province d'Ontario. Enfin, à ce sujet, il est souhaitable de ne plus lier le bénéfice de la curatelle publique à la cure fermée. On rejette de nos jours cette conception de l'exclusion du malade mental et c'est pourquoi il faut modifier la loi sur la curatelle publique¹ de façon que tout malade incapable d'administrer ses biens bénéficie de la curatelle publique, qu'il soit en cure libre ou fermée.

1870. Quant aux établissements à but lucratif (hôpitaux privés), dont nous traitons dans une partie subséquente du rapport en même temps que des établissements de bien-être², qu'il suffise ici de souligner qu'ils doivent être assujettis aux mêmes règles de qualité et de compétence que les centres de santé. Il en est ainsi pour les laboratoires privés. Une loi doit les régir, qui les obligera au respect de mêmes normes précises de qualité que les laboratoires intégrés aux centres de santé.

1871. En outre, compte tenu de la recommandation faite sur le financement du régime de la santé³, qui veut que le gouvernement supprime le mécanisme d'approbation des budgets des centres de santé comme condition de leur financement et que la notion de services et de programmes autorisés remplace celle de dépenses approuvées ou admissibles, nous sommes d'avis qu'on doit abroger et remplacer la loi sur l'assurance-hospitalisation⁴ par une loi sur le financement des ORS.

1872. Ajoutons également qu'on ne peut entreprendre la réforme proposée du régime de la santé, fondée sur les objectifs d'assainissement du milieu et d'amélioration de l'état de santé de la population, sans une mise à jour complète de la loi sur l'hygiène publique⁵.

1873. On apportera aussi des modifications importantes aux lois régissant les diverses corporations ou ordres professionnels de la santé. Nous nous référons ici à la cinquième partie du présent rapport qui traite particulièrement de cette question⁶. Enfin, il sera nécessaire d'apporter des modifications à la loi sur les accidents du travail, en ce qui concerne les soins médicaux et la réadaptation⁷.

¹ Loi de la curatelle publique, *S. R. Q. 1964*, chap. 314.

² Voir le tome II du volume VII de notre rapport : *Les établissements à but lucratif*.

³ Voir le chapitre VII du présent volume : « Le financement du régime de la santé ».

⁴ Loi de l'assurance-hospitalisation, *S. R. Q. 1964*, chap. 163.

⁵ Loi de l'hygiène publique, *S. R. Q. 1964*, chap. 161.

⁶ Voir le tome I du volume VII de notre rapport : *Les professions et la société*.

⁷ Loi des accidents du travail, *S. R. Q. 1964*, chap. 159.

RECOMMANDATIONS

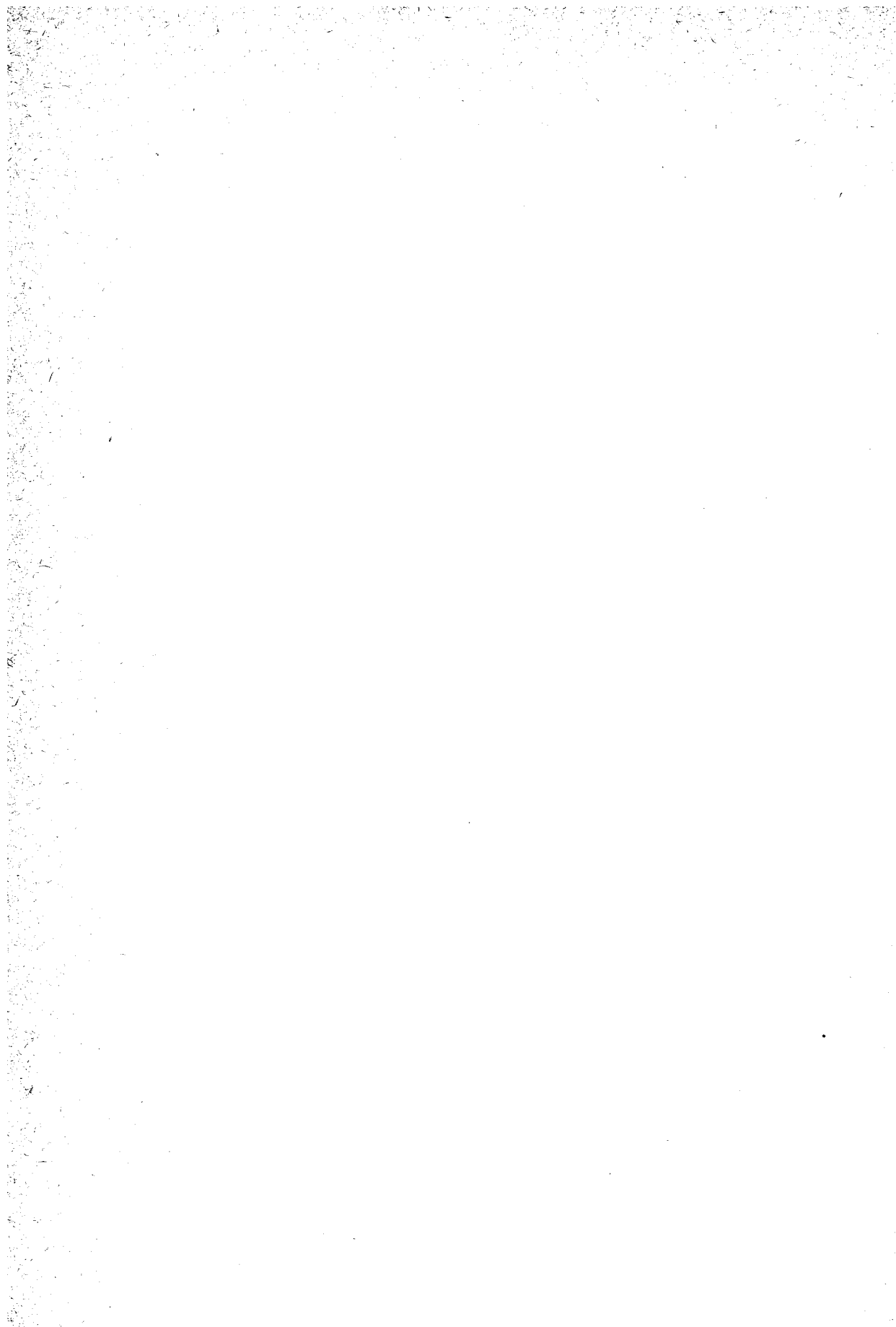
La Commission recommande :

- 4.XV.249. *QU'une loi sur les ORS soit adoptée et qu'elle contienne des dispositions relatives à la composition, aux fonctions, aux pouvoirs et aux obligations de ces organismes.*
- 4.XV.250. *QUE cette loi sur les ORS comporte une disposition permettant au lieutenant-gouverneur en conseil de créer des ORS lorsqu'il jugera opportun d'ouvrir de nouvelles régions sanitaires.*
- 4.XV.251. *QUE la loi sur les hôpitaux soit remplacée par une loi sur les centres de santé comportant des dispositions particulières pour les CLS, les CCS et les CHU et contenant principalement :*
- a) *une définition claire et précise des divers centres de santé;*
 - b) *une définition générale de leurs structures administratives;*
 - c) *la détermination des pouvoirs, responsabilités et statuts des administrateurs et des professionnels à l'intérieur de ces centres;*
 - d) *la détermination des mécanismes généraux de relations entre administrateurs et professionnels de la santé;*
 - e) *une détermination claire et précise des pouvoirs des ORS et, le cas échéant, des universités sur l'administration de chaque type de centre de santé.*
- 4.XV.252. *Que la loi sur les centres de santé permette l'intégration des établissements pour malades mentaux et des établissements psychiatriques pour détenus, et qu'en conséquence la loi sur les établissements pour malades mentaux et la loi sur les établissements psychiatriques pour détenus soient abrogées.*

- 4.XV.253. *QUE l'autorité, actuellement reconnue au surintendant par la loi sur les établissements pour malades mentaux, soit conférée au directeur des services professionnels des CCS, lequel agira sur les conseils du directeur du département de psychiatrie.*
- 4.XV.254. *QUE soit adoptée une loi sur la santé mentale qui vise essentiellement la protection du malade mental.*
- 4.XV.255. *QUE la loi sur la curatelle publique soit modifiée de façon que tout malade incapable d'administrer ses biens bénéficie de la curatelle publique, qu'il soit en cure libre ou fermée.*
- 4.XV.256. *QUE soient adoptées des lois assujettissant les établissements à but lucratif, tels les hôpitaux et les laboratoires privés, au respect des mêmes normes précises de qualité que les établissements intégrés au régime de la santé.*
- 4.XV.257. *QUE la loi sur l'assurance-hospitalisation soit abrogée et remplacée par une loi sur le financement des ORS.*
- 4.XV.258. *QUE, dans les plus brefs délais, la loi sur l'hygiène publique fasse l'objet d'une révision complète.*
- 4.XV.259. *QUE la loi sur les accidents du travail soit modifiée en ce qui concerne les soins médicaux et la réadaptation.*

Conclusion

Les priorités



Les priorités

1874. L'instauration d'un régime de la santé complet et universel comporte, on le voit mieux maintenant, un ensemble de mesures à prendre et une somme de travail telle qu'on ne peut s'y consacrer avec quelque espoir de succès sans établir un ordre de priorités qui respecte les objectifs, régit l'action et dicte les moyens les plus appropriés pour rendre les soins accessibles à toute la population. Pour réaliser ce programme, trois conditions nous apparaissent absolument nécessaires :

- définir les objectifs sociaux et économiques du régime;
- élaborer, sous la direction de l'État, et par l'entremise du ministère de la Santé, un plan d'action qui en précise les étapes et en arrête les priorités; et
- créer des organismes régionaux qui appliquent les mesures selon les besoins des populations locales.

1875. Aussi étonnant que cela puisse paraître, le gouvernement du Québec n'a jamais franchi l'étape préliminaire que constitue la définition des objectifs. Il ne s'est pas engagé de lui-même dans la voie d'une véritable politique de la santé. Sollicité par les initiatives du gouvernement canadien, il a souscrit, plus par complaisance vis-à-vis de l'opinion publique que par souci de planification dans ces domaines, à diverses mesures populaires : assurance-hospitalisation, caisse d'aide à la santé, assurance-soins médicaux. Mais ces régimes partiels n'ont jamais conduit à une remise en question globale du régime de la santé.

1876. Conscient de son identité et de ses responsabilités, le gouvernement entend, aujourd'hui, accorder à chaque québécois ses droits en matière de santé. Il doit donc en premier lieu définir sa politique générale, c'est-à-dire fixer l'objectif ultime — améliorer la santé de la population — et les objectifs intermédiaires qui détermineront, dans une large mesure, le choix d'un système particulier de distribution des soins et les moyens nécessaires à sa mise en place et à son fonctionnement.

1877. Un plan global d'action, dont l'élaboration relève du ministère de la santé, doit suivre la définition des objectifs. C'est une condition nécessaire à la mise en œuvre de la politique de la santé et essentielle pour faire échec au morcellement des soins, à

la dispersion et à l'isolement des établissements, ainsi qu'à l'individualisme du personnel de la santé.

1878. Le ministère de la Santé doit assumer le leadership, autant dans la définition de sa politique que dans l'instauration du régime proposé. Il doit, dans le domaine de la santé, planifier et coordonner toutes les activités, qu'elles relèvent de l'hôpital, de l'« unité sanitaire », des services psychiatriques, de la Commission des accidents du travail ou de tout autre service, organisme ou établissement, pour en accroître l'efficacité et garantir à la population l'accès universel à des soins de qualité.

1879. S'il lui appartient de planifier l'ensemble du régime de la santé, le ministère de la Santé n'assume pas lui-même les tâches d'exécution au plan de la distribution des soins. Il adopte plutôt des mesures incitatives à l'endroit des divers agents du système et s'emploie à créer un climat de confiance pour obtenir la coopération de tous.

1880. En conséquence, le ministère délègue une partie de ses pouvoirs aux offices régionaux de la santé (ORS). Cette décentralisation est indispensable pour coordonner l'action des nombreux organismes, entraîner la collaboration de la population et permettre une connaissance intime des besoins et des problèmes locaux et régionaux. Par les ORS, le ministère s'assure donc de la réalisation des objectifs généraux du régime selon des normes préétablies. Ainsi, ces organismes deviennent responsables, dans leur territoire respectif, de la planification et de la distribution des soins.

1881. Pour atteindre les objectifs fondamentaux de la politique de la santé, l'amélioration du milieu et de la santé de la population, le nouveau régime exige l'utilisation rationnelle des ressources humaines et matérielles existantes. Parmi les nombreux moyens de procéder à cette rationalisation, un ordre de priorité s'impose, que nous ramenons à trois : (1°) l'élimination des disparités, (2°) l'élargissement du concept de soins, et (3°) l'assainissement du milieu.

I. — L'ÉLIMINATION DES DISPARITÉS

1882. La conjoncture actuelle limite forcément la capacité financière du gouvernement et lui impose un choix judicieux d'étapes à suivre dans l'instauration du régime de la santé. La détermination des premières étapes, est-il nécessaire de le souligner, doit tenir compte des besoins les plus pressants.

1883. On doit accepter le fait que même une efficacité accrue du régime actuel ne suffirait pas à satisfaire tous les besoins immédiats et encore moins ceux que font déjà surgir la détérioration du milieu et l'élimination progressive des obstacles d'ordre financier. La santé de certains groupes défavorisés et les facilités de traitement dans certaines zones urbaines et rurales isolées laissent tellement à désirer qu'elles doivent constituer la première préoccupation des pouvoirs publics.

1884. La Commission insiste sur la reconnaissance immédiate et sans restriction de l'égalité d'accès aux soins et de leur qualité pour tous, pauvres et riches. L'élimination des obstacles de tous ordres qui empêchent ou limitent l'accès aux soins doit avoir préséance sur toute politique d'expansion des établissements hospitaliers ou d'extension des soins spécialisés ou ultraspécialisés. Les communautés et les groupes défavorisés doivent bénéficier non seulement d'un accès égal et universel aux soins, mais aussi de soins plus complets et mieux adaptés, parce qu'ils sont plus démunis et plus malheureux. Pour éliminer les disparités, il faut, en priorité et de façon positive et continue, s'occuper des groupes suivants :

- les nouveau-nés, particulièrement ceux des zones où la mortalité est plus élevée;
- les enfants, de l'enfance à l'adolescence, en vue de bâtir une génération saine, forte et épanouie, apte à relever les défis de la technologie et de la civilisation;
- les handicapés physiques et mentaux, afin qu'ils réintègrent leur famille et leur milieu de travail;
- les personnes âgées, pour les maintenir dans un cadre humain et social.

1885. Le régime de la santé doit comporter des mesures particulières pour ces groupes de population et la première est la création de CLS et la formation d'équipes multidisciplinaires de soins dans les régions et les secteurs où les besoins sont les plus pressants. Les études sur l'état de santé de la population et les statistiques dont dispose le ministère de la Santé permettent de repérer les endroits les plus défavorisés et les carences présentes en matière de soins.

1886. La transformation des services et des établissements réservés aux malades chroniques, aux handicapés physiques et mentaux et aux personnes âgées doit encore une fois, avoir préséance

sur les constructions nouvelles, entreprises souvent à seule fin de satisfaire le dynamisme plus marqué de certaines communautés locales ou corporations hospitalières.

1887. Les investissements futurs du ministère de la Santé doivent correspondre aux priorités que nous venons de mentionner. Même les programmes actuels devraient faire l'objet d'une révision immédiate. L'organisation de la distribution des soins généraux, répétons-le, doit avoir préséance sur l'expansion des établissements qui se consacrent aux soins spécialisés et ultraspécialisés.

II. — L'ÉLARGISSEMENT DU CONCEPT DE SOINS

1888. L'élargissement de ce concept implique l'établissement de programmes de soins généraux qui garantissent à la population des soins complets et continus, allant de la prévention à la réadaptation, et touchant les maladies physiques et mentales. Pris dans un sens large, les soins englobent, outre le traitement des maladies aiguës et les interventions chirurgicales :

- a) l'hygiène, qui sensibilise la population aux techniques de prévention, par l'information dans les écoles et les moyens de communication modernes;
- b) l'alimentation, qui conditionne le développement physique et mental de l'individu et qui revêt une importance primordiale dès les premiers mois de la conception et de la vie;
- c) l'éducation physique, qui donne une meilleure résistance à la maladie et qui ne doit pas se limiter aux sports de compétition;
- d) les services de santé scolaires, dépendant des CCS, qui doivent être accessibles à tous les élèves, particulièrement les plus jeunes. Rappelons ici les neuf recommandations du rapport Parent à ce sujet, qui sont malheureusement demeurées lettre morte;
- e) les services d'aide, qui orientent les individus, et particulièrement les étudiants, vers les soins, et les conseillent au sujet des problèmes personnels et familiaux liés à leur état de santé. Ces services s'occupent aussi de problèmes généraux comme la planification des naissances, l'abus des drogues et de l'alcool et l'alimentation;

- f) les services de dépistage et d'examens généraux, afin d'assurer la conservation de la santé et de déceler rapidement la présence de la maladie. Ces services seront offerts par les CLS;
- g) l'hygiène mentale, à laquelle le régime de la santé doit attacher la plus grande importance. D'autant que les difficultés d'adaptation des individus à une société qui évolue rapidement et qui impose des contraintes sérieuses à ses membres sont devenues courantes et se manifestent souvent par des troubles du comportement, des états dépressifs, l'abus de l'alcool, l'usage de stupéfiants, etc.;
- h) la réadaptation des malades physiques et mentaux, qui favorise la réintégration des individus dans leur milieu, que ce soit à la suite d'un accident ou d'une maladie, ou qu'il s'agisse d'infirmité physique ou de handicap mental;
- i) les programmes pour personnes âgées : membres à part entière de la société, ces personnes ont droit à une certaine sécurité financière, au travail ou à un rôle quelconque, et à l'estime de soi qui découle d'un statut décent et de la dignité reconnue. Cette sécurité déborde le simple cadre de l'hébergement et résulte d'une certaine participation à la vie communautaire.

III. — L'ASSAINISSEMENT DU MILIEU

1889. Par assainissement du milieu, nous entendons l'amélioration des conditions de vie, en vue non seulement de protéger les individus des facteurs exogènes de maladies — notamment de la pollution du milieu physique, des intoxications ou des maladies infectieuses — mais surtout en vue de favoriser un climat sain qui garantisse le bien-être et la joie de vivre. Si les conditions de vie déterminent souvent la santé des populations, il faut prêter une attention particulière à celles des pauvres, dont la mauvaise santé reflète la détérioration du milieu et les contraintes économiques et sociales contre lesquelles ils luttent.

1890. Le Québec fait partie des pays industrialisés où augmentent les maladies mentales chroniques et les maladies dégénérantes engendrées, semble-t-il, par les changements du milieu et la civilisation toujours plus exigeante qui mène au déséquilibre. Un savant

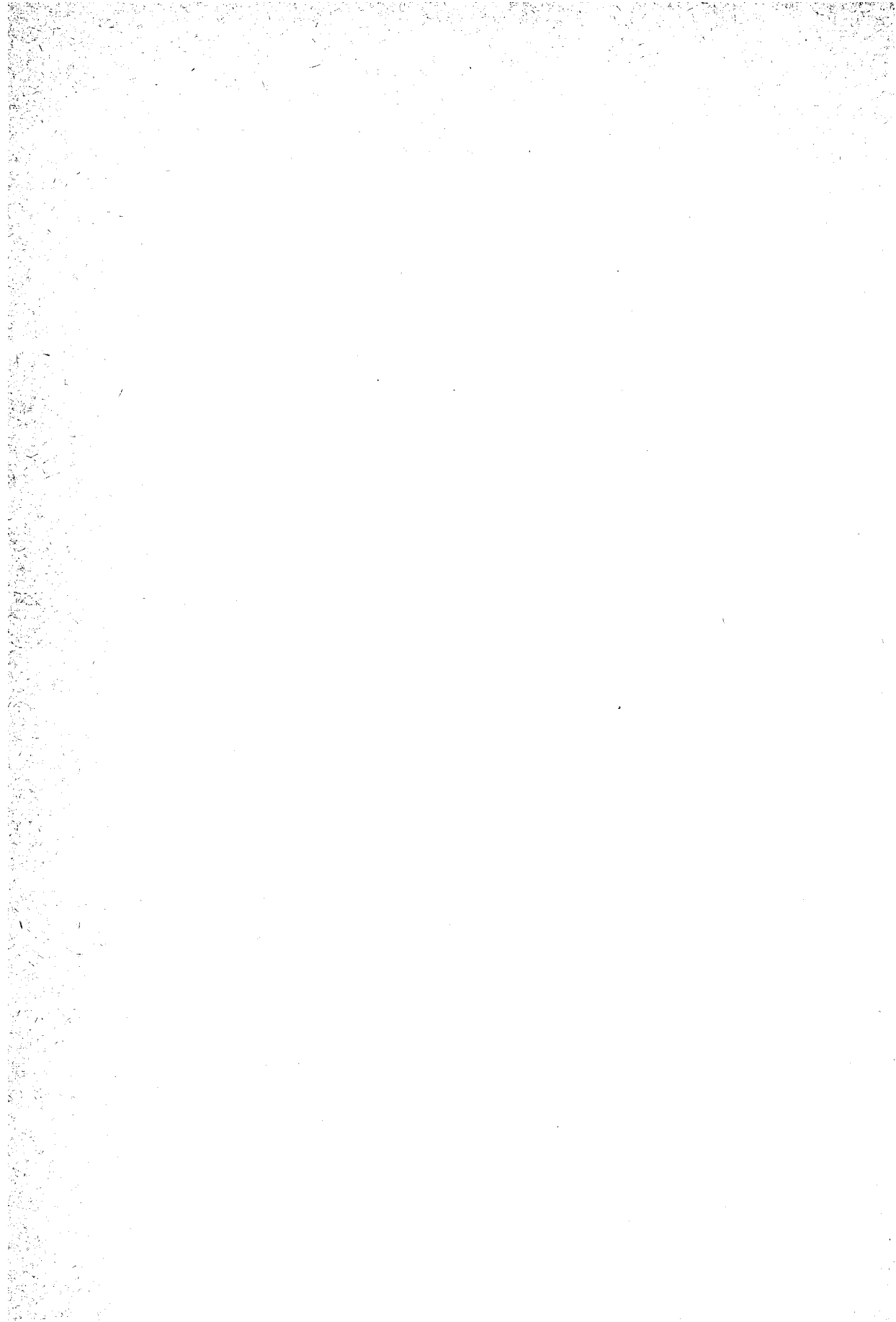
américain a donné à ces états le nom de « maladies de la civilisation » ou de « maladies d'opulence dans les pays mal développés »¹.

1891. La santé dépend, en partie, d'une adaptation satisfaisante aux milieux physique et social. Il faut, en conséquence, se préoccuper des conditions de vie sur tous les plans : sécurité économique, aménagement du territoire, loisirs, éducation, etc., autant d'aspects qui dépassent largement le champ d'action du régime de la santé comme tel et qui deviennent des objectifs pour notre société.

1892. La Commission est convaincue que la mise en œuvre du nouveau régime de la santé suppose la reconnaissance d'un certain nombre de principes essentiels, qu'elle a développés tout au long de ce rapport et qu'elle rappelle en terminant :

- rôle dynamique de l'État, qui s'exprime par une planification judicieuse et doublée de fortes incitations sur le plan régional ;
- revalorisation de l'activité médicale, qui s'inspire du concept de médecine globale et qui met désormais l'accent sur la personne humaine plutôt que sur l'accomplissement de l'acte médical ;
- collaboration entre les professionnels de la santé au sein d'équipes de soins et entre les organismes à tous les niveaux ;
- communication entre l'État planificateur, les professionnels de la santé, les organismes et la population par une éducation et une information continues.

¹ René Dubos : *L'homme et son milieu*, Organisation panaméricaine de la santé, Bureau régional de l'O. M. S., Publication scientifique N° 131, juin 1966.



Liste des recommandations

La Commission recommande :

4.IV.1. QUE la politique de la santé au Québec ait pour objectifs généraux :

- a) d'améliorer l'état de santé de la population par une médecine globale et axée sur la personne;*
- b) d'améliorer l'état du milieu dans lequel vit la population.*

4.IV.2. QUE la politique de la santé au Québec ait pour objectifs particuliers d'établir un régime de la santé :

- a) d'accès universel;*
- b) acceptable à la population;*
- c) qui permette la distribution de soins de qualité sur les plans à la fois scientifique, humain et social;*
- d) efficace, c'est-à-dire fondé sur le recours aux méthodes modernes d'organisation et de distribution des soins.*

4.V.3. QUE la réorganisation du régime de la santé au Québec s'inspire d'un modèle conceptuel reposant sur les trois hypothèses fondamentales suivantes :

- a) le système de distribution des soins se définit en fonction de sa tâche primordiale, à savoir, la réalisation du concept de médecine globale;*
- b) le système de distribution des soins est un système ouvert, c'est-à-dire qu'il utilise toutes les ressources disponibles du milieu et donne en retour des soins adaptés aux besoins de la population;*
- c) le système doit être suffisamment souple pour refléter les besoins changeants de la population et s'adapter constamment aux conditions du milieu.*

4.V.4. *QUE le régime de la santé au Québec soit réorganisé à partir des principes directeurs suivants :*

- a) *détermination de niveaux de soins;*
- b) *établissement de centres de santé;*
- c) *régionalisation des soins.*

4.V.5. *QUE le régime de la santé comprenne les trois niveaux de soins suivants :*

- a) *soins généraux;*
- b) *soins spécialisés et*
- c) *soins ultraspécialisés.*

4.V.6. *QUE tous les médecins engagés dans la distribution des soins généraux soient fortement encouragés à organiser leur travail au sein d'équipes de la santé qui comprennent au moins deux ou trois médecins, des infirmières cliniciennes et quelques infirmières soignantes.*

4.V.7. *QUE les équipes de la santé aient la responsabilité de donner des soins personnels et familiaux, complets et continus, selon le concept de médecine globale, à une population déterminée.*

4.V.8. *QU'au sein de l'équipe de la santé, les responsabilités soient déléguées et le travail partagé selon la compétence des membres de l'équipe, de sorte que leur activité soit complémentaire et efficace.*

4.V.9. *QUE la distribution des soins spécialisés soit organisée selon le concept de soins gradués.*

4.V.10. *QU'en accord avec le concept de médecine globale, la distribution des soins généraux et spécialisés respecte la relation personnelle entre le malade et les membres de l'équipe de la santé, et vise à améliorer le comportement de l'individu dans son milieu de vie naturel.*

4.V.11. *QU'en ce qui concerne la distribution des soins ultraspécialisés, la concentration des effectifs et des instal-*

lations soit favorisée de façon à ce que le volume de soins entraîne une amélioration dans la qualité des soins.

4.V.12. QUE les effectifs et les ressources actuels dans le domaine de la santé soient groupés autour de trois types de centres de santé :

- a) le centre local de santé (CLS);*
- b) le centre communautaire de santé (CCS);*
- c) le centre hospitalier universitaire (CHU).*

4.V.13. QUE le centre local de santé soit le premier responsable de la distribution des soins généraux.

4.V.14. QUE le concept d'hôpital général soit remplacé par celui de centre communautaire de santé conçu comme un complexe de services intégrés et adaptés aux besoins d'une population déterminée.

4.V.15. QUE le centre communautaire de santé soit responsable de la distribution d'une partie des soins généraux et des soins spécialisés.

4.V.16. QUE le centre communautaire de santé ait la responsabilité d'organiser un réseau complet de soins : prévention, diagnostic, traitement et réadaptation, tant pour les troubles mentaux que pour les troubles organiques.

4.V.17. QUE le centre communautaire de santé ait la responsabilité de fournir tous les services de soutien et de consultation aux équipes de la santé desservant la population de son territoire.

4.V.18. QUE, en général, les centres offrant des soins ultraspecialisés soient considérés comme des centres hospitaliers universitaires.

4.V.19. QUE le régime de la santé au Québec soit régionalisé et décentralisé.

4.V.20. QUE la régionalisation des soins permette l'intégration de tous les établissements, organismes et indivi-

des engagés dans la distribution des soins préventifs, curatifs ou de réadaptation, au sein d'un régime complet de soins dont l'objectif ultime est l'amélioration de l'état de santé de la population.

4.V.21. QUE les régions sanitaires soient délimitées en fonction des trois critères principaux suivants :

- a) bassin de population minimal de 600,000 habitants;*
- b) présence d'au moins un centre universitaire;*
- c) autonomie quant à la capacité de fournir une gamme relativement complète de soins.*

4.V.22. QUE, dans l'implantation des divers centres de santé, l'application des trois principaux critères de régionalisation soit pondérée en tenant compte des contraintes générales suivantes :

- a) distance des centres de santé évaluée en fonction du temps mis à la parcourir et des facilités de transport;*
- b) distribution actuelle de la clientèle des centres de santé;*
- c) sentiment d'appartenance régionale;*
- d) régions administratives;*
- e) effectifs et équipement actuels.*

4.VI.23. QUE la distribution des soins généraux soit assurée dans des unités de distribution de soins complets, selon le concept du CLS.

4.VI.24. QUE ces unités soient intégrées au régime de la santé par une reconnaissance officielle les rattachant aux organismes de distribution des soins des deuxième et troisième niveaux, les CCS ou les CHU.

4.VI.25. QUE les bureaux de santé actuels, communément appelés « unités sanitaires », deviennent des CLS ou soient intégrés à des CCS ou à des CHU, selon le cas.

4.VI.26. *QUE les CLS prennent, de façon progressive, l'une ou l'autre des formes institutionnelles suivantes, ou toute autre qu'on pourrait imaginer, au gré des circonstances et des besoins :*

- a) *société à caractère public, constituée en corporation sur l'initiative d'un groupe de citoyens qui s'adjoignent une équipe de la santé de leur choix;*
- b) *société à caractère public, constituée en corporation sur l'initiative d'une équipe de la santé et à laquelle le CCS adjoint des citoyens qu'il désigne;*
- c) *société de type privé, constituée en corporation par les professionnels de la santé qui y œuvrent, à l'exclusion de toute participation décisionnelle de la population, laquelle est alors associée à sa direction par voie consultative seulement.*

4.VI.27. *QUE les médecins exerçant seuls s'affilient à un CLS, de façon que leurs malades trouvent la complémentarité et la continuité des soins généraux qu'ils ne peuvent leur offrir.*

4.VI.28. *QUE la participation consultative de la population aux CLS soit réalisée par des réunions périodiques annoncées à l'avance, auxquelles seront conviés les usagers et au cours desquelles les CLS feront un rapport de leur activité.*

4.VI.29. *Que soient adoptées des normes provinciales établissant la liste minimale des spécialités qui doivent s'exercer dans un ou des établissements hospitaliers pour être reconnus comme CCS.*

4.VI.30. *QU'une personnalité juridique propre soit conférée à l'ensemble des services du CCS, de manière à constituer un organisme unique et autonome.*

4.VI.31. *QUE l'ORS désigne les CCS de sa région, soit :*

- a) *par l'agrément des hôpitaux actuels offrant individuellement la gamme complète des soins prescrits par les normes provinciales promulguées à cette fin ;*

- b) *par l'agrément d'un hôpital capable d'offrir par entente avec d'autres établissements la gamme complète de soins;*
 - c) *par le groupement de plusieurs hôpitaux actuellement distincts en un organisme unique offrant la gamme complète de soins.*
- 4.VI.32. *QUE l'ORS soit autorisé, pour la période nécessaire à leur intégration dans un CCS :*
- a) *à traiter comme un CCS l'ensemble des établissements hospitaliers liés entre eux par contrats de service et offrant ainsi collectivement la gamme complète de soins,*
 - b) *à soutenir financièrement, par conséquent, les établissements hospitaliers n'offrant pas individuellement la gamme complète de soins, mais liés par contrats de service à un CCS, ou encore certains hôpitaux spécialisés — pédiatriques, psychiatriques, ou autres — qui doivent nécessairement subsister.*
- 4.VI.33. *QUE soit attribuée à chaque CCS la responsabilité d'organiser, dans son territoire, un réseau de CLS moyennant sa participation financière et une réglementation de la qualité des soins et des modalités de transfert des malades de ces CLS à ses propres services.*
- 4.VI.34. *QUE si un CCS ne s'acquitte pas efficacement de cette responsabilité, l'ORS le mette en tutelle et prenne à sa charge la création de certains CLS.*
- 4.VI.35. *QUE le CCS soit une société à caractère public régie par une corporation préalablement agréée par l'ORS.*
- 4.VI.36. *QUE cette corporation compte dix-sept à vingt et un membres, à majorité absolue de non-professionnels de la santé, et agisse comme conseil d'administration, mais puisse désigner un bureau de direction si elle le juge à propos.*
- 4.VI.37. *QUE cette corporation s'adjoigne un conseil consultatif des professionnels de la santé formé obliga-*

toirement d'une majorité absolue de membres de la profession médicale et présidé par un membre élu par l'ensemble des membres dudit conseil.

4.VI.38. QUE le conseil d'administration, avant d'adopter toute mesure d'administration générale dans le CCS ou toute politique générale applicable aux CLS, la soumette pour avis au conseil consultatif des professionnels de la santé.

4.VI.39. QUE le conseil consultatif des professionnels de la santé ait pour tâches :

- a) de coordonner les normes professionnelles de qualité des soins proposées par chaque département spécialisé et qui s'appliquent dans le CCS et les CLS, en plus des normes communes mises en vigueur par le ministère de la Santé;*
- b) d'étudier et de soumettre au conseil d'administration les nominations de professionnels exerçant à l'intérieur du CCS.*

4.VI.40. QUE le directeur général nommé par la corporation ait pour tâche de coordonner l'activité quotidienne des services qui relèvent respectivement des directeurs des services professionnels, auxiliaires et administratifs.

4.VI.41. QUE le directeur des services professionnels

- a) soit nommé par le conseil d'administration après consultation du conseil des professionnels de la santé;*
- b) soit responsable de l'aspect professionnel des soins, de l'enseignement et de la recherche.*

4.VI.42. QUE le directeur des services auxiliaires soit responsable de l'aspect technique des services de soutien non spécifiquement médical, tels la cuisine, la buanderie et la maintenance.

4.VI.43. QUE le directeur des services administratifs soit responsable de la coordination et de la surveillance quotidiennes des services purement administratifs, tels le personnel, les finances et les achats.

- 4.VI.44. *QUE tous ces directeurs des services professionnels, auxiliaires et administratifs, soient subordonnés, dans la structure hiérarchique d'exécution administrative, au directeur général et qu'ils forment avec lui un comité de régie qui l'assiste dans ses tâches quotidiennes de coordination et d'exécution des politiques.*
- 4.VI.45. *QUE les services d'enseignement et de recherche, de soins et de soutien professionnel aient chacun à leur tête un chef de service placé sous l'autorité du directeur des services professionnels.*
- 4.VI.46. *QUE les services de soutien général aient chacun à leur tête un chef de service placé sous l'autorité du directeur des services auxiliaires.*
- 4.VI.47. *QUE les services de soutien administratif aient chacun à leur tête un chef de service placé sous l'autorité du directeur des services administratifs.*
- 4.VI.48. *QUE toutes les tâches exécutées dans le CCS et les CLS qui y sont rattachés soient évaluées, selon les normes fixées, tant du point de vue professionnel qu'administratif.*
- 4.VI.49. *QU'à cette fin le CCS possède deux commissions d'évaluation : une commission d'évaluation professionnelle et une commission d'évaluation administrative.*
- 4.VI.50. *QU'à la commission d'évaluation professionnelle soient attribuées les fonctions qu'exerçaient autrefois les comités de vérification des dossiers, d'appréciation des actes médicaux, d'étude des problèmes périnataux, etc.*
- 4.VI.51. *QU'à la commission d'évaluation administrative soit confié l'examen de la qualité administrative de l'activité du CCS et des CLS qui y sont rattachés.*
- 4.VI.52. *QUE la commission d'évaluation professionnelle signale toute irrégularité professionnelle au directeur des services professionnels, et que celui-ci,*

après enquête, en saisisse, s'il y a lieu, le conseil d'administration qui peut imposer une sanction.

4.VI.53. QUE la commission d'évaluation administrative signale toute irrégularité administrative au directeur général, et que celui-ci, après enquête, en saisisse, s'il y a lieu, le conseil d'administration qui peut imposer une sanction.

4.VI.54. QUE chaque CCS s'adjoigne un conseil consultatif externe où est représentée la population de son aire territoriale.

4.VI.55. QUE la corporation du CCS

a) soumette à ce conseil consultatif un rapport annuel de son activité et un exposé de ses projets à court et à long terme;

b) fournisse tout autre document demandé à moins d'avoir des raisons sérieuses de le refuser; dans ce cas, l'ORS dont elle relève doit entériner ce refus.

4.VI.56. QUE soient adoptées des normes provinciales établissant la liste minimale des services d'un CHU et d'après lesquelles les hôpitaux d'enseignement existants et à vocation régionale sont reconnus comme CHU par l'université, après entente avec l'ORS, et intégrés au régime de la santé proposé.

4.VI.57. QU'une personnalité distincte et un régime juridique propre soient conférés à l'ensemble de ces services, de manière à en faire un organisme unique et autonome : le CHU.

4.VI.58. QUE le CCS qui accepte d'être reconnu comme CHU par l'université, après entente avec l'ORS, modifie la composition de sa corporation de façon à y inclure des représentants de l'université, des enseignants et des étudiants.

4.VI.59. QUE le CCS reconnu par l'université comme CHU, après entente avec l'ORS, signe un contrat avec l'université en ce qui concerne les programmes d'enseignement, les examens, etc.

- 4.VI.60. *QUE la nomination, dans un CHU, des directeurs de départements spécialisés, du directeur des services professionnels et des chefs de services sous son autorité entraîne l'approbation de l'université, et qu'il en soit de même pour les départements des CCS ou les établissements spécialisés auxquels l'université confie par contrat des tâches d'enseignement et de recherche.*
- 4.VI.61. *QUE le conseil consultatif auprès d'un CCS qui devient un CHU se transforme de façon à y inclure des représentants des étudiants et des conseils consultatifs des CCS de la région où se trouve ce CHU.*
- 4.VI.62. *QU'en vue d'une planification régionale du régime de la santé, le territoire du Québec soit partagé en régions sanitaires et que soit institué dans chacune d'elles un office régional de la santé (ORS) doté de la personnalité juridique, par l'adoption d'une loi appropriée.*
- 4.VI.63. *QUE l'ORS soit chargé*
- a) *de constituer le dossier exact de la région sanitaire et d'établir une planification et une programmation en fonction des besoins régionaux;*
 - b) *de pourvoir à l'organisation et au fonctionnement des centres de soins sur son territoire (soins curatifs, préventifs et de réadaptation), à même les sommes mises à sa disposition à cet effet par le ministère de la Santé.*
- 4.VI.64. *QUE, dans le cadre des politiques ministérielles, soit confiée à l'ORS l'exécution de tâches de santé publique, actuellement assumées par divers services centraux et relatives au milieu (inspection des établissements industriels et commerciaux, inspection des aliments, contrôle sanitaire de la pollution, etc.).*
- 4.VI.65. *QUE, compte tenu de ses fonctions et en tant que personne morale publique exerçant, en vertu d'une délégation, une partie de la puissance publique, l'ORS puisse*

- a) *autoriser la constitution des CCS de la région et désigner leur aire territoriale, conformément aux normes provinciales;*
- b) *prescrire les normes administratives de régie auxquelles ces établissements sont contraints dans la réalisation de leurs objectifs;*
- c) *contrôler la conformité de leurs activités à ces normes;*
- d) *mettre en tutelle les CCS qui ne s'acquittent pas de façon satisfaisante de leurs responsabilités ou qui empruntent sans son approbation, et prendre en charge, au besoin, la création de certains CLS;*
- e) *édicter pour son territoire, dans le cadre de la politique provinciale de la santé publique, des règlements précis quant au milieu et aux produits.*

4.VI.66. QUE la corporation de l'ORS possède tous les pouvoirs généraux des corporations ordinaires et, de plus, celui d'expropriation pour elle-même et pour les organismes de distribution des soins.

4.VI.67. QUE la corporation de l'ORS possède également les pouvoirs ordinaires des compagnies de gestion de façon

- a) *à recevoir du gouvernement du Québec et à mettre à la disposition des CCS et CHU les sommes consacrées, dans son territoire, au fonctionnement du régime de la santé;*
- b) *à emprunter les sommes indispensables à la poursuite de ses objectifs : projets d'immobilisations, amélioration de l'équipement, etc.;*
- c) *à faire, sous réserve de la politique générale du gouvernement en la matière, les expropriations utiles à la poursuite de ses objectifs;*
- d) *à acheter et à revendre, à titre de grossiste, les biens d'équipement et de consommation dont les CLS, les CCS et les CHU ont besoin;*

- e) à créer une banque de personnel (de toutes catégories) où ces établissements pourront puiser;
- f) à conclure avec ces mêmes établissements des contrats aux termes desquels ils s'engagent à atteindre les buts qu'il leur assigne, en contrepartie d'une somme forfaitaire annuelle qu'il leur octroie.

4.VI.68. QUE, dans l'exercice de sa fonction de planification régionale en matière de santé, l'ORS établisse, par l'entremise des divers niveaux de coordination régionale, des liens appropriés avec l'Office de la planification et du développement du Québec de façon à coordonner leur action.

4.VI.69. QU'en matière d'immobilisations, l'ORS établisse un lien satisfaisant avec le ministère du Travail pour que ce dernier adapte ses normes aux besoins propres des constructions dans le domaine de la santé.

4.VI.70. QUE la corporation de l'ORS compte une vingtaine de membres représentant l'État, l'université de la région, le ou les CHU de son territoire, les CLS et les CCS de la région et, enfin, la population du territoire.

4.VI.71. QUE la corporation de l'ORS agisse comme conseil d'administration, se désigne un bureau de direction parmi ses membres et engage un administrateur général.

4.VI.72. QUE l'ORS comporte trois directions générales ayant chacune à leur tête un directeur général relevant de l'administrateur général :

- 1) une direction générale de la planification et de la recherche qui conçoit des programmes régionaux de santé et qui est responsable, en collaboration avec l'université,
 - a) de l'évaluation des résultats des programmes régionaux de santé et des résultats des unités régionales de distribution des soins;

- b) *de la collaboration avec la direction générale de la planification et de la recherche du ministère de la Santé dans ses projets de recherche opérationnelle et de recherche appliquée;*
- 2) *une direction générale des services de santé, responsable de l'application de ces mêmes programmes; et*
- 3) *une direction générale de l'administration qui assume les fonctions traditionnelles de soutien interne de l'ORS.*

4.VI.73. *QUE, sous la direction générale de la planification et de la recherche, soit établi un service des programmes de santé publique comprenant deux sections : prévention et étude du milieu.*

4.VI.74. *QUE, sous la direction générale de la planification et de la recherche, se trouve également un service des programmes de soins chargé, au moyen de trois sections, d'élaborer les programmes régionaux d'organisation de soins généraux, spécialisés et ultra-spécialisés.*

4.VI.75. *QUE, sous la direction générale des services de santé, œuvre un service de la protection de la santé publique auquel se rattachent deux sections : contrôle du milieu et des produits et agrément des CCS.*

4.VI.76. *QUE, sous la même direction générale, soit établi un service des unités de distribution des soins divisé en trois sections : soutien technique, programmes budgétaires et contrats, et approbation des projets d'immobilisations.*

4.VI.77. *QU'un conseil régional de la santé aide l'ORS et soit formé de représentants désignés par les conseils consultatifs auprès des CLS, leurs correspondants auprès des CCS et les régions administratives de l'aire de responsabilité de l'ORS, ou choisis pour représenter les corps intermédiaires et les groupes régionaux intéressés.*

4.VI.78. *QUE le ministère de la Santé soit chargé de la planification et de la définition de la politique générale de la santé au Québec.*

4.VI.79. *QUE l'ensemble de cette politique fasse l'objet de programmes budgétaires intégrés dits :*

- a) *de protection de la santé publique;*
- b) *de distribution des soins généraux;*
- c) *de distribution des soins spécialisés;*
- d) *de distribution des soins ultraspécialisés.*

4.VI.80. *QUE la planification et la réalisation des programmes de distribution des soins soient régionalisées et confiées aux ORS, selon le système de distribution à trois niveaux institutionnels décentralisés (CHU, CCS, CLS).*

4.VI.81. *QUE les diverses tâches découlant de la politique de la santé publique (sécurité, salubrité, qualité du milieu et des produits), réalisées actuellement par divers organismes centraux, soient intégrées aux programmes de protection de la santé publique du ministère de la Santé.*

4.VI.82. *QUE le ministère de la Santé comporte quatre directions générales : planification et recherche, services de santé, administration et relations de travail.*

4.VI.83. *QUE la direction générale de la planification et de la recherche conçoive la politique de la santé au Québec et recueille de trois façons distinctes, l'information nécessaire :*

- 1) *par une enquête permanente sur l'état de santé de la population et des enquêtes spéciales sur les problèmes particuliers révélés par l'enquête permanente;*
- 2) *par la tenue de registres provinciaux sur les maladies infectieuses, les maladies chroniques, le cancer, les accidents, les handicaps physiques, les empoisonnements et les morts violentes, les mortalités périnatales et infantiles et les malformations congénitales;*

- 3) par la compilation de renseignements sur l'inventaire (effectifs et ressources) et le fonctionnement du système de distribution des soins.
- 4.VI.84. *QUE la direction générale de la planification et de la recherche évalue la qualité des soins et l'efficacité du système de distribution, et qu'à cette fin elle établisse, à l'intention des divers établissements de distribution des soins, des normes de compétence.*
- 4.VI.85. *QUE la direction générale de la planification et de la recherche, en collaboration avec les universités, les ORS et le conseil de la recherche sur la santé, oriente et commandite la recherche dans les trois domaines suivants :*
- 1° *la validation des normes de qualité des soins et d'efficacité du système de distribution;*
 - 2° *la recherche opérationnelle sur le fonctionnement du système;*
 - 3° *la recherche appliquée sur de nouveaux modes de distribution des soins et d'évaluation de la qualité et de l'efficacité.*
- 4.VI.86. *QUE la direction générale de la planification et de la recherche crée deux services : les programmes de santé publique et les programmes de soins.*
- 4.VI.87. *QUE la direction générale des services de santé comprenne deux services : la protection de la santé publique et le service des ORS.*
- 4.VI.88. *QUE les sommes consacrées par le gouvernement à l'enseignement des sciences de la santé s'intègrent dans un budget unique sous la responsabilité du ministre de l'Éducation.*
- 4.VI.89. *QUE ce budget, pour chacun des deux niveaux d'enseignement, secondaire supérieur et supérieur, comprenne des programmes distincts d'enseignement théorique et d'enseignement clinique.*
- 4.VI.90. *QUE les fonds destinés à l'enseignement universitaire théorique et clinique soient répartis entre les*

universités, avec le concours du Conseil des universités.

4.VI.91. QUE la partie du budget alloué aux centres d'enseignement clinique supérieur soit bien identifiée par rapport à l'ensemble du budget qu'une université reçoit au chapitre des sciences de la santé.

4.VI.92. QUE les ministres de l'Éducation et de la Santé (par les ORS) soient responsables de la coordination du budget d'enseignement des sciences de la santé avec les besoins du régime en matière de personnel.

4.VI.93. QUE la Régie de l'assurance-maladie n'exerce pas de fonctions de planification et d'évaluation et n'ait qu'un rôle purement administratif.

4.VI.94. QUE la Régie de l'assurance-maladie poursuive, dans l'exercice de ses tâches administratives, les mêmes objectifs que le ministère de la Santé et qu'elle relève de façon très étroite du ministre.

4.VI.95. QUE soit créé, auprès du ministre de la Santé, un organisme consultatif du nom de « conseil supérieur de la santé » composé de vingt-cinq membres, nommés par le Lieutenant-gouverneur en conseil et représentant la population et les professionnels de la santé.

4.VI.96. QUE cinq des membres du conseil supérieur de la santé soient nommés sur recommandation des membres des conseils consultatifs externes auprès des CCS, après élection; cinq autres sur recommandation des conseils consultatifs externes auprès des CHU, après élection; cinq sur recommandation des conseils régionaux de santé constitués auprès des ORS, après élection et, enfin, dix autres sur recommandation des organismes professionnels, syndicaux ou corporatifs, de la santé.

4.VI.97. QUE le sous-ministre de la Santé, les sous-ministres adjoints ou associés et le président-directeur général de la Régie de l'assurance-maladie soient d'office membres adjoints du conseil supérieur de la santé, mais sans droit de vote.

- 4.VI.98. *QU'ils transmettent au conseil supérieur de la santé les renseignements utiles ou nécessaires à la poursuite de ses travaux.*
- 4.VI.99. *QUE les membres du conseil supérieur de la santé élisent parmi eux un président et un vice-président qui doivent l'un et l'autre consacrer au moins la moitié de leur temps à leurs fonctions.*
- 4.VI.100. *QUE le ministre de la Santé saisisse le conseil de la politique provinciale de la santé et des programmes et règlements en cette matière.*
- 4.VI.101. *QUE le conseil supérieur de la santé*
- a) *forme des comités spécialisés,*
 - b) *reçoive et entende les requêtes et les suggestions du public en matière de santé, et*
 - c) *soumette au ministre de la Santé des recommandations sur toute question de santé.*
- 4.VI.102. *QUE le conseil supérieur de la santé*
- a) *donne, dans un délai raisonnable, son avis au ministre de la Santé sur les règlements ou sur toute question que celui-ci lui soumet, et*
 - b) *soumette au ministre, qui le communique au Parlement, un rapport annuel sur ses activités et sur les besoins du Québec dans le domaine de la santé.*
- 4.VI.103. *QUE soit créé auprès du ministre de la Santé un conseil de la recherche sur la santé de caractère nettement scientifique et qui se compose de personnes, professionnels et experts, aptes à ouvrir des perspectives progressistes nouvelles dans la politique de la santé du Québec et à promouvoir la recherche pure et appliquée dans le domaine des sciences de la santé et de l'organisation des services de santé.*
- 4.VI.104. *QUE le conseil de la recherche sur la santé remplace l'actuel Conseil de recherches médicales formé par l'arrêté en conseil numéro 2305 du 2 décembre 1964.*

4.VI.105. QUE le conseil de la recherche sur la santé

- a) évalue la réalisation de la politique de la santé,*
- b) remette cette politique en cause,*
- c) découvre de nouvelles orientations et de nouveaux objectifs,*
- d) suggère au ministre de la Santé la révision constante des programmes,*
- e) détermine les grandes orientations de la recherche sur la santé, et*
- f) procède à l'octroi de bourses d'études et de subventions de recherche.*

4.VI.106. QUE le conseil de la recherche sur la santé soit composé de neuf personnes, choisies, à la discrétion du Lieutenant-gouverneur en conseil, pour leur compétence et leur expérience scientifiques et que ces personnes puissent ne pas être des résidents du Québec, ou même des citoyens canadiens.

4.VI.107. QUE le conseil de la recherche sur la santé soit doté par le ministère de la Santé du personnel nécessaire à l'exercice de ses fonctions et possède, par sa loi constitutive, le droit de publier ses rapports.

4.VI.108. QUE le Protecteur du citoyen soit habilité à recevoir des plaintes relatives aux décisions de caractère individuel et de nature administrative qui émanent de tous les organismes du régime de la santé.

4.VII.109. QUE soit établi un impôt dit d'assurance-maladie, en vue de financer en partie les soins à la fois hospitaliers et médicaux.

4.VII.110 QUE cet impôt soit égal à un pourcentage du revenu imposable des particuliers, et sujet à une limite maximale.

4.VII.111. QUE l'impôt spécifique dit d'assurance-maladie servant au financement des régimes de soins hospitaliers et médicaux, soit déductible de l'impôt général sur le revenu, à titre d'avoir fiscal par exemple.

- 4.VII.112. *QU'une cotisation soit imposée sur la masse salariale des entreprises, et que le taux n'excède pas au début le degré actuel de participation aux régimes privés d'assurance-maladie et au régime des accidents du travail.*
- 4.VII.113. *QUE les centres de santé fassent la distinction entre les dépenses courantes afférentes à la recherche et à l'enseignement clinique, et les dépenses afférentes à la distribution des soins.*
- 4.VII.114. *QU'au moment de la réforme, les ORS assument les dettes des hôpitaux.*
- 4.VII.115. *QUE les ORS soient seuls habilités à effectuer des emprunts par voie d'émission d'obligations pour les besoins du régime de la santé.*
- 4.VII.116. *QUE les ORS, ou le gouvernement, aient un pouvoir d'expropriation.*
- 4.VII.117. *QUE le ministère de la Santé accorde des subventions aux ORS pour le service de la dette, lorsque les emprunts sont conformes aux normes d'approbation des immobilisations et d'autorisation des engagements.*
- 4.VII.118. *QUE la répartition, entre les régions, des fonds affectés aux immobilisations et aux innovations s'effectue selon une évaluation objective de leurs besoins respectifs à l'aide de plans quinquennaux.*
- 4.VII.119. *QUE l'ORS reçoive pour approbation les plans d'immobilisations et d'innovations des centres de santé, et qu'il révise la planification, par les universités, des nouvelles installations spécialisées en vue de l'enseignement dans les centres de santé.*
- 4.VII.120. *QUE le gouvernement assume sans équivoque la responsabilité de déterminer les priorités dans la mise en œuvre des programmes d'immobilisations des ORS, en vue de la répartition régionale des crédits disponibles à cette fin.*

4.VII.121. *QUE soit décentralisée la gestion des centres de santé, en leur donnant l'autorité nécessaire pour réaliser des sous-objectifs conformes à leur rôle respectif dans l'ensemble du régime.*

4.VII.122. *QUE la décentralisation de la gestion des centres de santé se réalise graduellement de façon :*

- a) *à définir des sous-objectifs valables et propres à établir un lien non équivoque avec les objectifs majeurs du régime;*
- b) *à soumettre le pouvoir décentralisé de décision à des normes opérationnelles objectivement vérifiables et à permettre à des organismes chargés de contrôler la qualité et la disponibilité des soins d'en surveiller l'observance;*
- c) *à définir une mesure objective pour servir d'indicateur du rendement et à transmettre en temps opportun cette information et tous autres renseignements concernant la gestion pour prendre des décisions ou pour exercer un contrôle.*

4.VII.123. *QUE l'objectif assigné aux unités de gestion ait, dans tous les cas, à la fois une dimension fonctionnelle (reflétant par exemple leur activité professionnelle) et une dimension économique (reflétant la limitation des ressources humaines et matérielles).*

4.VII.124. *QUE chaque centre de santé reçoive les données nécessaires à la réalisation du sous-objectif dont il est responsable. Ces données comprennent les informations les plus récentes permettant au centre de comparer son rendement à celui d'autres centres analogues.*

4.VII.125. *QUE le ministère de la Santé supprime le mécanisme d'approbation des budgets des centres de santé comme condition à leur financement.*

4.VII.126. *QUE les opérations de trésorerie des centres de santé (encaissement et paiement, gestion de l'encaisse) soient administrativement séparées des autres opérations; que l'ORS administre les fonds et qu'il effectue tous les paiements sur production du visa du responsable de chaque unité opérationnelle.*

4.VII.127. *QU'un budget normalisé, qui tienne compte des caractéristiques et du niveau des activités de chaque centre de santé soit établi à l'échelle de la province et qu'il serve à fixer sa position relative de surplus ou de déficit par rapport aux autres centres de santé.*

4.VII.128. *QUE la fonction de trésorerie de l'ORS comporte un mécanisme régulier de signalisation, lorsque le rythme des déboursés effectués pour le compte d'un centre de santé dépasse le rythme normal des déboursés pour un centre analogue.*

4.VII.129. *QUE l'État crée un système de sanctions positives et négatives, destiné à rétribuer une gestion efficace ou à redresser, avec la collaboration des ORS, une mauvaise administration.*

4.VII.130. *QUE ces sanctions reflètent la position relative de surplus ou de déficit des centres de santé, définie par rapport au budget normalisé.*

4.VII.131. *QUE les sanctions positives prennent des formes multiples, dont les principales sont :*

- a) *une politique de perfectionnement des cadres de gestion qui prévoit leur mobilité et leur promotion rapide selon la valeur du travail accompli;*
- b) *un intérêt financier au bénéfice des programmes du service ou de l'établissement lorsque leur rendement est supérieur au rendement moyen des autres centres de santé;*
- c) *un intérêt pécuniaire au bénéfice du personnel selon une formule également systématique.*

- 4.VII.132. *QUE les sanctions imposées dans le cas d'un rendement particulièrement médiocre d'une unité de gestion se limitent, dans tous les cas, à des mesures de resserrement des contrôles administratifs, et même de suspension de l'autonomie de gestion, c'est-à-dire de mise en tutelle.*
- 4.VII.133. *QUE les sanctions financières à l'égard du personnel soient exclues, mais que les plans de carrière du personnel de cadre prévoient la suspension dans les cas d'incompétence manifeste.*
- 4.VII.134. *QUE les sanctions à l'égard de l'ORS lui-même consistent en sa mise en tutelle par le gouvernement.*
- 4.VII.135. *QUE le gouvernement présente au Parlement du Québec une ventilation fonctionnelle des crédits annuels alloués au secteur de la santé sur la base des grandes catégories suivantes : l'enseignement des sciences de la santé, la recherche dans le domaine de la santé, l'exécution des programmes d'hygiène du milieu, les immobilisations, la distribution des soins et le service de la dette à long terme.*
- 4.VII.136. *QUE le budget des dépenses présenté au Parlement contienne des états résumés qui indiquent la ventilation par articles (salaires et gages, fournitures générales, fournitures médicales et médicaments) des dépenses de fonctionnement des centres de santé.*
- 4.VII.137. *QUE le gouvernement expose les motifs qui justifient la mise en vigueur d'un plan à moyen terme pour le développement du secteur de la santé au moment de soumettre le budget des dépenses au Parlement.*
- 4.VII.138. *QUE les ORS, plutôt que les centres de santé, soient les seules entités à recevoir un budget de l'État. Les crédits budgétaires limitatifs votés par le Parlement et ventilés par grandes catégories sont contraignants.*

- 4.VII.139. *QUE les ORS conservent l'entière disposition des fonds versés sous forme d'autorisations budgétaires par le gouvernement du Québec. Ils sont cependant responsables vis-à-vis du gouvernement de la gestion et de l'utilisation de ces fonds.*
- 4.VII.140. *QUE chaque ORS assume pour l'ensemble des établissements de santé de la région une responsabilité de trésorerie qui comporte la gestion de l'encaisse, l'émission et la conciliation des chèques ainsi qu'une première vérification de décaissements*
- 4.VII.141. *QUE les ORS soient aussi directement responsables de toutes les émissions d'obligations pour le compte des établissements du secteur de la santé et qu'ils assurent le service de la dette à même les crédits accordés à cette fin par le gouvernement.*
- 4.VII.142. *QU'au début, les dépenses des ORS pour les programmes d'hygiène du milieu dont ils assument directement la gestion fassent l'objet d'une ventilation traditionnelle par articles dans les crédits budgétaires votés par le Parlement.*
- 4.VII.143. *QUE l'ORS soit responsable de la régularité des opérations financières qui se rapportent à l'administration des crédits budgétaires affectés au fonctionnement des centres de santé. Cette responsabilité de l'ORS est efficacement remplie dès que les exigences suivantes sont satisfaites :*
- a) *que tous les décaissements portent le visa de l'administrateur du centre de santé ou de l'unité opérationnelle de gestion au nom de laquelle le décaissement est effectué;*
 - b) *que chaque décaissement découle de l'exercice légitime de l'autonomie de gestion;*
 - c) *que chaque unité de gestion observe ou dépasse les normes minimales visant à procurer des soins de qualité, acceptables et faciles d'accès;*
 - d) *que le rendement de chaque unité soit évalué régulièrement et que des mesures administra-*

tives précises soient prises en vue d'améliorer celui des unités qui présentent un relâchement.

- 4.VIII.144. QUE l'ORS mette à la disposition des autorités hospitalières un spécialiste en relations de travail pour les conseiller dans l'adoption de mesures propres à créer un meilleur climat de travail.*
- 4.VIII.145. QUE les services de personnel des hôpitaux, en collaboration avec les syndicats, organisent des rencontres et des activités pour connaître leur personnel.*
- 4.VIII.146. QUE, dans chaque service, des équipes de travail soient créées afin de faire participer l'ensemble du personnel à l'évaluation de l'activité du service.*
- 4.VIII.147. QUE les centres de santé et les ORS prévoient la mise en place de cadres supérieurs et intermédiaires qui soient spécifiquement préparés à assumer la gestion des centres de santé.*
- 4.VIII.148. QUE des programmes spéciaux de perfectionnement des cadres soient instaurés, et que les administrateurs en place se voient offrir des activités et des stages de perfectionnement.*
- 4.VIII.149. QUE des plans de carrière soient élaborés en vue de permettre l'avancement des administrateurs dont le rendement et la compétence ont été évalués et reconnus.*
- 4.VIII.150. QUE, de cette manière, et par un réaménagement des structures de rémunération, le rendement et la compétence deviennent les critères d'avancement et de rémunération.*
- 4.VIII.151. QU'une certaine délégation de l'autorité de gestion s'effectue du directeur général aux directeurs ou chefs de services; et que ceux-ci soient responsables aussi bien de l'efficacité que de la qualité de leurs services.*

- 4.VIII.152. *QUE les chefs de services occupent leurs fonctions au centre de santé à plein temps, et qu'ils disposent d'assistants dans la gestion de leurs services.*
- 4.VIII.153. *QUE le personnel professionnel s'intègre vraiment aux centres de santé et que les professionnels qui participent aux activités des centres de santé à temps partiel aient une responsabilité bien définie concernant les périodes de disponibilité et coopèrent aux objectifs poursuivis.*
- 4.VIII.154. *QUE le gouvernement et les ORS entreprennent des enquêtes systématiques auprès du personnel des centres de santé, afin de connaître son opinion sur le milieu de travail et de découvrir les moyens d'améliorer les services et d'en accroître le rendement.*
- 4.VIII.155. *QUE des programmes de recyclage permettent aux effectifs de la santé d'atteindre, par un complément de formation, un statut supérieur d'emploi. Que les conditions d'emploi et de rémunération stimulent la participation du personnel à ces programmes de perfectionnement.*
- 4.VIII.156. *QU'un système de stimulants soit créé pour accroître le rendement et que, à partir de ce rendement accru des services et de leur personnel, des fonds soient mis à la disposition de celui-ci et lui permettent, par exemple, l'accumulation de congés de perfectionnement.*
- 4.VIII.157. *QUE soient définis des plans de carrière intéressants et que la promotion à des postes supérieurs soit d'abord basée sur la compétence et le rendement plutôt que sur l'ancienneté seulement.*
- 4.VIII.158. *QUE la structure des rémunérations suscite chez le personnel un désir de perfectionnement et que les années de formation comptent davantage que les années de service.*
- 4.VIII.159. *QU'un vaste programme de recherche couvre tout le Québec, en vue de redéfinir les tâches et de reclassifier les emplois.*

- 4.VIII.160. *QUE l'échéancier de ce programme de recherche tienne compte, à moyen terme, des exigences qu'entraîne l'implantation d'un véritable réseau de centres de santé.*
- 4.VIII.161. *QUE la priorité soit accordée à la redéfinition des fonctions de l'infirmière soignante et de toutes les catégories de personnel qui l'entourent.*
- 4.VIII.162. *QUE ce programme débouche le plus possible sur une étude de rentabilité des aménagements matériels et définisse certains critères relatifs à la soupléssse des plans d'aménagement des centres de santé.*
- 4.VIII.163. *QUE le ministère de la Santé détermine, par règlements administratifs, les caractéristiques et la périodicité de l'information de caractère général.*
- 4.VIII.164. *QUE, pour l'analyse de la gestion, le ministère de la Santé crée un service technique chargé de l'élaboration, de la mise en place et du fonctionnement d'une méthode de collecte des données et d'une méthode d'analyse et de transmission de l'information. Le personnel d'un tel service doit posséder une solide formation dans l'utilisation des méthodes statistiques, l'analyse des systèmes et le traitement des données.*
- 4.VIII.165. *QUE, pour la recherche opérationnelle et l'analyse des tâches, le ministère de la Santé fasse appel à des équipes spécialisées dans le domaine de la santé et encourage leur formation. Toutefois, ces équipes, une fois constituées, doivent avoir pour interlocuteurs immédiats les ORS, à qui incombe le rôle de surveillance des activités de gestion des unités opérationnelles.*
- 4.VIII.166. *QUE la comptabilité et les opérations de trésorerie soient centralisées dans les ORS, de façon à utiliser pleinement les possibilités de l'informatique et à faciliter la surveillance de l'affectation des fonds*

publics et l'établissement d'un diagnostic administratif au bénéfice des unités opérationnelles comme les centres de santé.

- 4.VIII.167. *QUE les ORS appliquent une politique d'achat des médicaments, des fournitures médicales et autres, qui comprenne la négociation des prix à l'échelle régionale ou provinciale pour le compte des centres de santé de son territoire.*
- 4.VIII.168. *QUE les ORS veillent à la standardisation des inventaires et préparent à cette fin un devis descriptif.*
- 4.VIII.169. *QU'une fonction permanente d'étude et d'évaluation de l'application des conventions collectives soit instituée au niveau provincial, à laquelle participent des représentants de l'ORS et des centres de santé.*
- 4.VIII.170. *QU'un service du personnel constitué à l'ORS assume une part des fonctions dévolues aux services du personnel des centres de santé : en particulier, dans les domaines de l'évaluation des besoins de personnel et de recrutement, de la recherche de programmes de perfectionnement et de candidats intéressés à ces programmes et dans le secteur des griefs et de l'arbitrage où l'équipe régionale joue le rôle de conseiller technique.*
- 4.VIII.171. *QUE les centres de santé conservent individuellement un service du personnel, qui veille principalement à la sélection et à l'engagement du personnel, ainsi qu'à l'application des conventions collectives et des politiques générales de personnel.*
- 4.VIII.172. *QUE les ORS maintiennent un réservoir de main-d'œuvre qui assure ainsi aux centres de santé le personnel additionnel, sur une base temporaire ou à temps partiel.*
- 4.VIII.173. *QUE le gouvernement du Québec conserve la prérogative des décisions relatives à la planification globale du régime de la santé et au contrôle général des dépenses publiques.*

4.VIII.174. *QU'à l'égard de la gestion des centres de santé le gouvernement exerce son contrôle par l'intermédiaire de l'ORS. Le gouvernement doit cependant intervenir indirectement par des mesures d'incitation ou de coercition destinées à reconnaître et à rétribuer l'exercice efficace du pouvoir délégué.*

4.IX.175. *QUE l'évaluation de la qualité des soins et de l'efficacité du régime de la santé soit intégrée au régime de la santé et effectuée de façon régulière et continue.*

4.IX.176. *QUE l'évaluation tienne compte des différents aspects de la qualité des soins :*

- 1) *la compétence professionnelle, la valeur technique des actes et le rendement du personnel;*
- 2) *le fait que les soins soient disponibles, accessibles, continus et prodigués dans le respect de la personne humaine;*
- 3) *l'amélioration de l'état de santé des individus en particulier et de la population en général;*
- 4) *l'efficacité économique et sociale du régime de la santé.*

4.IX.177. *QUE l'évaluation englobe tous les types de soins : prévention, diagnostic, traitement, surveillance et réadaptation, dans le domaine de la santé mentale et physique.*

4.IX.178. *QUE les techniques et les mécanismes d'évaluation soient spécifiquement adaptés aux différents buts de l'évaluation : régulation, contrôle et étude des résultats.*

4.IX.179. *QUE l'évaluation de chaque programme de soins et de chaque élément du régime de la santé soit conçue et élaborée dès la phase de planification et exécutée en étroite collaboration avec les responsables de l'administration du régime et de la distribution des soins.*

- 4.IX.180. *QUE les résultats de l'évaluation soient transmis dans les plus brefs délais aux différents niveaux de décision du régime de la santé et que les administrateurs aient la responsabilité de prendre les mesures qui s'imposent et d'effectuer les changements nécessaires.*
- 4.IX.181. *QUE les résultats de l'évaluation soient analysés en fonction des objectifs établis et en tenant compte des conditions et des contraintes du régime.*
- 4.IX.182. *QUE l'information sur l'état de santé de la population, le fonctionnement du système et l'inventaire des ressources humaines et matérielles soit recueillie de façon constante et traitée à des fins d'analyse et qu'elle soit diffusée régulièrement aux différents niveaux de décision du régime.*
- 4.IX.183. *QUE le système d'évaluation soit instauré sans délai, selon un plan donnant priorité à l'évaluation de l'utilisation des soins hospitaliers et étendant l'évaluation au niveau des soins généraux et aux autres aspects de la qualité des soins, à mesure que l'organisation du régime le permet.*
- 4.X.184. *QUE le ministère de la Santé se dote d'un mécanisme permanent d'évaluation des besoins de main-d'œuvre.*
- 4.X.185. *QUE l'évaluation des besoins de main-d'œuvre porte tout particulièrement sur l'analyse des tâches et la structure des professions aussi bien en milieu extra-hospitalier qu'en milieu hospitalier.*
- 4.X.186. *QUE la fonction d'évaluation des tâches soit bien distincte de la fonction de définition des normes de qualité des soins.*
- 4.X.187. *QUE le service technique de prévision des besoins de main-d'œuvre soit rattaché à la Direction générale de la planification et de la recherche.*
- 4.X.188. *QUE le service s'assure la collaboration, de façon permanente, des milieux intéressés : ORS, centres de santé, ministère de la Main-d'œuvre, etc.*

- 4.XI.189. *QUE le ministère de la Santé ne reconnaisse qu'une seule catégorie d'auxiliaires en soins infirmiers et que celles-ci reçoivent leur formation dans les écoles polyvalentes.*
- 4.XI.190. *QUE le ministère de l'Éducation établisse les programmes d'études à l'intention des auxiliaires en soins infirmiers.*
- 4.XI.191. *QUE l'enseignement infirmier devienne la responsabilité des CEGEP et du ministère de l'Éducation.*
- 4.XI.192. *QUE la direction générale de l'enseignement secondaire supérieur élabore, en plus des programmes d'études en cours, des programmes pour la formation des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes audiologistes, des auxiliaires dentaires, des opticiens d'ordonnance et des inspecteurs sanitaires.*
- 4.XI.193. *QUE des nouveaux programmes d'études soient élaborés et mis en application par le ministère de l'Éducation selon les besoins du marché du travail.*
- 4.XI.194. *QUE des relations réelles s'établissent entre les CEGEP, les universités, les ORS et les centres de santé à vocation d'enseignement en ce qui concerne les stages de formation professionnelle technique.*
- 4.XI.195. *QUE les universités groupent les disciplines de la santé à l'intérieur des facultés des sciences de la santé.*
- 4.XI.196. *QUE le premier cycle universitaire dans les sciences de la santé comprenne six sessions de quinze semaines et soit uniformisé dans tout le Québec.*
- 4.XI.197. *QUE le premier cycle universitaire dans les sciences de la santé soit terminal pour la majorité des étudiants.*
- 4.XI.198. *QUE les facultés des sciences de la santé ou les organismes qui en tiennent lieu coordonnent les programmes d'études en médecine, en sciences in-*

firmières, en pharmacie, en chirurgie dentaire, en réadaptation fonctionnelle, en optométrie et en diététique.

4.XI.199. QUE l'université et l'État favorisent la formation d'infirmières au niveau du premier cycle universitaire en vue de leur confier des tâches dévolues aux assistants médicaux dans d'autres pays et ceci, au sein d'équipes dans les centres de santé.

4.XI.200. QUE des programmes d'études au niveau du premier cycle universitaire soient élaborés par les facultés des sciences de la santé à l'intention des chiropraticiens et des podiatres, selon les besoins du marché du travail.

4.XI.201. QUE l'État et les universités favorisent le développement des études avancées dans les sciences de la santé.

4.XI.202. QUE les universités du Québec offrent aux étudiants en administration un programme d'étude conduisant à la maîtrise (M. B. A. ou M. A. A.) avec l'option santé.

4.XI.203. QUE pour la médecine, le diplôme (M. D.) corresponde à une maîtrise professionnelle et soit accordé, selon le programme d'études et l'orientation de l'étudiant, après un deuxième cycle de six à neuf sessions; et que ce diplôme soit terminal pour les étudiants qui s'orientent vers la médecine de famille.

4.XI.204. Que l'organisation des études avancées des deuxième et troisième cycles dans les sciences de la santé devienne la responsabilité des universités.

4.XI.205. QU'en raison de leur relation étroite avec les sciences appliquées, les études dans une spécialité médicale ou chirurgicale se poursuivent en milieu clinique, sous l'égide de l'université, et conduisent à un diplôme d'études supérieures professionnelles.

- 4.XI.206. *QUE les résidents dans les CHU, ou dans les autres centres de santé qui dispensent l'enseignement médical du troisième cycle, puissent s'inscrire à un programme de recherche pure qui les conduise à l'obtention d'un doctorat ès sciences (Ph. D.).*
- 4.XI.207. *QUE les centres de santé qui dispensent l'enseignement du troisième cycle offrent des programmes qui permettent l'obtention simultanée d'un diplôme d'études supérieures professionnelles et d'un doctorat ès sciences (Ph. D.).*
- 4.XI.208. *QUE l'enseignement continu et l'enseignement de mise à jour soient accessibles à tous les professionnels de la santé.*
- 4.XI.209. *QUE l'enseignement continu soit la responsabilité des universités, des CEGEP ou des écoles polyvalentes, selon le niveau de formation des professionnels auxquels il s'adresse.*
- 4.XI.210. *QU'il existe dans les centres de santé à vocation d'enseignement un noyau de professeurs à plein temps, en vue d'assurer la qualité de l'enseignement et de la recherche.*
- 4.XI.211. *QUE la majorité des enseignants dans les CHU soient à plein temps et que leur rémunération soit comparable dans toutes les facultés des sciences de la santé et dans tous les CHU.*
- 4.XI.212. *QUE l'université, par sa faculté des sciences de la santé, soit responsable de l'élaboration et de l'approbation des programmes d'études, de l'établissement et du contrôle des normes d'enseignement clinique.*
- 4.XI.213. *QUE les CHU, reconnus comme tels par l'université après entente avec l'ORS, soient considérés comme responsables de l'organisation, de la coordination et de la mise en application des programmes de l'enseignement clinique des sciences de la santé.*
- 4.XI.214. *QUE l'enseignement des sciences de la santé persuade l'étudiant de la nécessité d'exercer une médecine.*

cine globale au sein d'une équipe, et que le CLS soit utilisé à cette fin.

4.XI.215. QUE le ou les CHU de la région soient parties à l'entente, de telle sorte que la collaboration des CCS avec le CHU soit assurée dans la poursuite des objectifs de l'enseignement.

4.XII.216. QUE, dans le domaine de la santé, un équilibre soit maintenu entre les trois types de recherche sur la santé :

- la recherche épidémiologique qui favorise la connaissance de l'état de santé de la population et l'élaboration d'une politique de la santé;*
- la recherche opérationnelle qui permet l'étude de l'organisation du régime de la santé; et*
- la recherche pure et clinique dans les sciences de la santé qui augmente les connaissances et améliore la formation des professionnels de la santé.*

4.XII.217. QU'un relevé permanent de santé de la population du Québec soit effectué sous l'égide du ministère de la Santé.

4.XII.218. QUE les méthodes de recherche opérationnelle soient utilisées pour étudier l'ensemble du régime de la santé ainsi que les sous-systèmes de distribution des soins et d'administration du régime.

4.XII.219. Que le Québec se donne une politique de la recherche sur la santé en fonction des objectifs du régime de la santé.

4.XII.220. QUE, dans la détermination des besoins en recherche, on accorde une attention particulière :

- 1° au développement de la recherche dans toutes les facultés des sciences de la santé du Québec, sans viser à une uniformisation des programmes;*
- 2° à la correction des disparités dans le nombre de chercheurs entre les universités du Québec;*

3° au maintien d'un équilibre entre les recherches épidémiologique, opérationnelle, pure et clinique dans toutes les sciences de la santé.

4.XII.221. *QUE le conseil de la recherche sur la santé ait un rôle décisionnel dans la répartition de ses propres fonds de recherche et un rôle consultatif en ce qui a trait aux autres sources de financement.*

4.XII.222. *Que les budgets du conseil de la recherche sur la santé au Québec reflètent l'importance de la recherche et la nécessité de rattraper les retards accumulés dans ce domaine vital.*

4.XIII.223. *QU'un système de traitement intégré de l'information soit établi au Québec à partir des principes suivants :*

- 1° *l'établissement par le gouvernement du Québec d'un plan de développement à long terme;*
- 2° *la définition précise du rôle de l'informatique dans l'ensemble du système de distribution des soins;*
- 3° *la reconnaissance du rôle des ORS, en collaboration avec les CHU et les universités, dans la création de centres régionaux de traitement de l'information;*
- 4° *la participation des personnes chargées de l'organisation et de la distribution des soins dans la mise en place du système;*
- 5° *l'identification des individus et des familles par l'établissement de la fiche médicale individuelle;*
- 6° *la définition exacte, dans une terminologie précise et rigoureuse, des problèmes soumis à l'ordinateur par le personnel du régime de la santé.*

4.XIV.224. *QUE le bassin démographique minimal pour une région sanitaire se situe le plus près possible de 1 million d'habitants.*

4.XIV.225. *QUE les régions sanitaires du Québec soient initialement au nombre de trois :*

- a) *la région sanitaire de Québec, comprenant les régions administratives de Québec, du Bas Saint-Laurent – Gaspésie, du Saguenay – Lac-Saint-Jean, de la Côte Nord et du Nouveau-Québec;*
- b) *la région sanitaire de Sherbrooke, comprenant les régions administratives de Trois-Rivières et des Cantons de l'Est;*
- c) *la région sanitaire de Montréal, comprenant les régions administratives de Montréal, de l'Outaouais et du Nord-Ouest.*

4.XIV.226. *QUE soit créé, dans les plus brefs délais, un ORS dans chacune des régions sanitaires de Québec, de Sherbrooke et de Montréal.*

4.XIV.227. *QUE, dans le cadre de la politique de la santé, soient établis des programmes de soins visant :*

- a) *à faire baisser le taux d'hospitalisation pour le traitement de maladies aiguës; et*
- b) *à accroître le taux d'utilisation des soins généraux, en particulier des consultations d'éducation sanitaire, de prévention et de dépistage.*

4.XIV.228. *Que la formation des équipes de soins reflète un objectif de substitution dans l'exécution des tâches et d'utilisation souple et efficace du personnel.*

4.XIV.229. *QU'à cette fin, les équipes de soins correspondant au bassin minimal de population d'un CLS comprennent deux infirmières cliniciennes, une ou deux infirmières soignantes et deux médecins, et s'assurent la collaboration d'un travailleur social à temps partiel.*

4.XIV.230. *QUE les équipes de soins appelées à desservir des populations plus considérables réunissent autour d'elles des professionnels de la santé d'autres disciplines.*

- 4.XIV.231. *QUE ces objectifs soient révisés au fur et à mesure que se transforment les CCS et que s'organisent des CLS.*
- 4.XIV.232. *QUE l'implantation des CCS prévoie au début, pour 1,000 habitants :*
- a) *3.2 lits de malade aigu;*
 - b) *1.5 lit de malade chronique ou convalescent et 0.5 lit de malade psychiatrique chronique.*
- 4.XIV.233. *QUE la planification de l'équipement hospitalier tienne compte du fait que, dans l'avenir immédiat, le besoin de nouveaux lits pour le traitement de maladies aiguës dans l'ensemble du Québec sera nul.*
- 4.XIV.234. *QUE les CCS aient une dimension minimale de 300 lits, mais qu'en général des groupements, au moins administratifs, de 400 à 500 lits soient réalisés.*
- 4.XIV.235. *QUE les CCS offrant l'éventail complet des soins spécialisés soient conçus pour desservir des populations de 100,000 à 150,000 habitants.*
- 4.XIV.236. *QUE l'emplacement des CCS permette aux usagers de s'y rendre en un temps moyen de 60 minutes.*
- 4.XIV.237. *QUE soit considérée la possibilité de constituer des CCS offrant seulement les soins les plus courants, lorsque, par exception, les normes d'accès aux soins ne permettent pas le groupement minimal de 100,000 habitants autour d'un même centre.*
- 4.XIV.238. *QUE les CLS forment des équipes de base de 3 à 5 médecins et de 4 à 10 infirmières cliniciennes et infirmières soignantes aidées d'un travailleur social, pour desservir une population de 10,000 à 15,000 habitants.*
- 4.XIV.239. *QUE l'accès aux soins généraux soit rendu matériellement possible dans un délai de 30 minutes.*

- 4.XIV.240. *QUE soit exceptionnellement prévue, dans les zones éloignées, la formation d'équipes de soins plus restreintes pour desservir des bassins de population de 6,000 à 8,000 habitants.*
- 4.XIV.241. *QUE l'emplacement dans un territoire donné des CLS soit déterminé de façon à faciliter au mieux leur accès.*
- 4.XIV.242. *QUE l'ORS soit responsable d'assurer à la population un système de transport approprié en cas de maladie aiguë.*
- 4.XIV.243. *QUE les zones défavorisées, tant métropolitaines que rurales, qui ont difficilement accès aux soins reçoivent priorité dans l'implantation des CLS.*
- 4.XV.244. *QUE le mode de rémunération à l'acte soit progressivement abandonné au profit d'autres formes de rémunération, tels le salariat et la rémunération au prorata du nombre de cas traités.*
- 4.XV.245. *QUE des stimulants à la réalisation des objectifs d'une médecine globale soient greffés, au cours de la période de transition, sur le système de rémunération.*
- 4.XV.246. *QUE les stimulants soient conçus de sorte qu'ils favorisent également la médecine d'équipe.*
- 4.XV.247. *QUE les stimulants s'adressent à l'ensemble des professionnels travaillant au sein d'équipes de soins.*
- 4.XV.248. *QUE, dans les centres de santé où le mode de rémunération à l'acte est conservé pour certains praticiens, la rémunération soit ajustée pour tenir compte de l'absorption par l'État de la composante technique des soins.*
- 4.XV.249. *QU'une loi sur les ORS soit adoptée et qu'elle contienne des dispositions relatives à la composition, aux fonctions, aux pouvoirs et aux obligations de ces organismes.*

4.XV.250. *QUE cette loi sur les ORS comporte une disposition permettant au lieutenant-gouverneur en conseil de créer des ORS lorsqu'il jugera opportun d'ouvrir de nouvelles régions sanitaires.*

4.XV.251. *QUE la loi sur les hôpitaux soit remplacée par une loi sur les centres de santé comportant des dispositions particulières pour les CLS, les CCS et les CHU et contenant principalement :*

- a) *une définition claire et précise des divers centres de santé;*
- b) *une définition générale de leurs structures administratives;*
- c) *la détermination des pouvoirs, responsabilités et statuts des administrateurs et des professionnels à l'intérieur de ces centres;*
- d) *la détermination des mécanismes généraux de relations entre administrateurs et professionnels de la santé;*
- e) *une détermination claire et précise des pouvoirs des ORS et, le cas échéant, des universités sur l'administration de chaque type de centre de santé.*

4.XV.252. *Que la loi sur les centres de santé permette l'intégration des établissements pour malades mentaux et des établissements psychiatriques pour détenus, et qu'en conséquence la loi sur les établissements pour malades mentaux et la loi sur les établissements psychiatriques pour détenus soient abrogées.*

4.XV.253. *QUE l'autorité, actuellement reconnue au surintendant par la loi sur les établissements pour malades mentaux, soit conférée au directeur des services professionnels des CCS, lequel agira sur les conseils du directeur du département de psychiatrie.*

4.XV.254. *QUE soit adoptée une loi sur la santé mentale qui vise essentiellement la protection du malade mental.*

4.XV.255. QUE la loi sur la curatelle publique soit modifiée de façon que tout malade incapable d'administrer ses biens bénéficie de la curatelle publique, qu'il soit en cure libre ou fermée.

4.XV.256. QUE soient adoptées des lois assujettissant les établissements à but lucratif, tels les hôpitaux et les laboratoires privés, au respect des mêmes normes précises de qualité que les établissements intégrés au régime de la santé.

4.XV.257. QUE la loi sur l'assurance-hospitalisation soit abrogée et remplacée par une loi sur le financement des ORS.

4.XV.258. QUE, dans les plus brefs délais, la loi sur l'hygiène publique fasse l'objet d'une révision complète.

4.XV.259. QUE la loi sur les accidents du travail soit modifiée en ce qui concerne les soins médicaux et la réadaptation.

Index des tableaux

TOME I

<i>Tableau</i>		<i>Page</i>
II.1	Classement des catégories de diagnostics en fonction du coût approximatif de certains soins personnels, Canada, vers 1961	43
II.2	Principales catégories de diagnostics et part de chacune dans l'ensemble des maladies et des services de soins, Canada, vers 1961	44
II.3	Concentration des substances polluantes atmosphériques à Montréal, décembre 1968	47
II.4	Évolution en pourcentage de la population urbaine, par rapport à la population totale, Québec et Ontario, 1901 à 1966	55
II.5	Évolution en pourcentage de la population urbaine, par rapport à la population totale et selon la taille des villes, Québec et Ontario, 1951, 1961, 1966	55
II.6	Espérance de vie à la naissance, par sexe, Canada et ses régions, 1931, 1941, 1951, 1956, 1961 et 1966	61
II.7.1	Maladie coronarienne — Taux et changements procen- tuels des décès par maladie coronarienne chez les hommes âgés de 35 à 44 ans, dans le Québec et l'Ontario, l'île de Montréal et le Toronto métropolitain, 1950-52, 1960-62 et 1966	64
II.7.2	Maladie coronarienne — Taux et changements pro- centuels des décès par maladie coronarienne chez les hommes de 45 à 54 ans, dans le Québec et l'Ontario, l'île de Montréal et le Toronto métropolitain, 1950-52, 1960-62 et 1966	65
II.7.3	Maladie coronarienne — Taux et changements pro- centuels des décès par maladie coronarienne chez les hommes de 55 à 64 ans, dans le Québec et l'Ontario, l'île de Montréal et le Toronto métropolitain, 1950-52, 1960-62 et 1966	66
		291

Tableau

Page

II.8	Espérance de vie à la naissance et à un an, du sexe masculin, pour différents pays, le Québec et l'Ontario, selon les plus récentes statistiques, selon les cas	67
II.9	Espérance de vie à quarante ans, par sexe, au Canada et par régions, 1931, 1941, 1951, 1956, 1961 et 1966	68
II.10	Cancer — Taux bruts et normalisés des décès dus au cancer, pour le sexe masculin, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1963	71
II.11	Cancer — Taux bruts et normalisés des décès dus au cancer, pour le sexe féminin, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1963	72
II.12	Morts accidentelles — Taux bruts et normalisés des morts accidentelles, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1964	74
II.13	Accidents de la circulation — Mortalité au Québec, en Ontario et au Canada, en 1965, 1966 et 1967	75
II.14	Accidents de la route, au Québec, en Ontario et au Canada, en 1966 et 1967	76
II.15	Mortalité infantile — Taux de mortalité infantile, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1938 à 1967	77
II.16	Mortalité infantile — Taux de mortalité infantile pour certains pays, le Québec et l'Ontario, 1966	79
II.17.1	Mortalité infantile — Taux annuel moyen de mortalité infantile, île de Montréal, 1965-67	80
II.17.2	Mortalité infantile — Taux annuel moyen de mortalité infantile par quartier, dans la ville de Montréal, en 1965, 1966 et 1967	81

II.18	Tuberculose — Taux d'incidence annuelle des cas de tuberculose, au Québec, en Ontario et au Canada, en 1964, 1965, 1966 et 1967	82
II.19	Tuberculose — Incidence de la tuberculose, au Québec, par région économique, en 1967-1968	86
II.20	Tuberculose — Degré de gravité de la tuberculose au moment de l'admission au sanatorium et répartition procentuelle des cas suivant le sexe, au Québec, en Ontario et au Canada, en 1965	87
II.21	Tuberculose — Sorties des établissements pour tuberculeux, au Québec, en Ontario et au Canada, en 1965 . .	88
III.1	État de santé comparatif de groupes d'enfants des secteurs favorisés ou défavorisés	122
III.2	Dépenses du gouvernement du Québec pour la santé, 1954 à 1967	125
III.3	Coûts des services sanitaires, par catégorie de services et par habitant, au Canada, 1955 et 1968	127
III.4	Coûts des services sanitaires, par source de financement et par habitant, au Canada, 1955 et 1968	128
III.5	Dépenses pour la santé, l'éducation et l'ensemble des secteurs des gouvernements du Québec et de l'Ontario, 1954 et 1967	131
III.6.1	Taux d'hospitalisation pour 1,000 assurés, au Canada et dans les provinces, en 1966	137
III.6.2	Taux des jours d'hospitalisation pour l'ensemble de la population et pour certaines catégories d'âge, au Canada et dans les provinces, en 1965	138

III.7	Coûts des dépenses hospitalières dans les hôpitaux publics en relation avec le degré d'utilisation du système hospitalier, au Canada et dans les provinces, en 1967 . .	141
III.8.1	Projection du coût des dépenses de la santé <i>per capita</i> pour 1976, au Québec	142
III.8.2	Projection du coût total des dépenses de la santé, au Québec, en 1976	143
III.9.1	Répartition en pourcentage des dépenses hospitalières au chapitre du personnel, des hôpitaux publics répondants du Québec, de l'Ontario et du Canada, en 1962, 1964, 1966 et 1967	148
III.9.2	Nombre d'heures rémunérées par journée d'hospitalisation, au Québec et en Ontario, de 1962 à 1967	151
III.9.3	Proportion des heures rémunérées par journée d'hospitalisation pour certains services, au Québec par rapport à l'Ontario, en 1966 et 1967	152
III.10	Répartition en pourcentage du personnel de soins infirmiers, selon le poste, dans les hôpitaux généraux publics du Québec et de l'Ontario, en 1966	153
III.11	Pourcentage des hôpitaux possédant des appareils de radiologie spécialisés, au Québec et en Ontario, en 1966 .	164
III.12	Capacité des hôpitaux du Québec en lits dans les hôpitaux généraux, pour malades psychiatriques et pour malades chroniques, convalescents et tuberculeux, au 31 décembre 1963	166
III.13.1	Lits d'hôpitaux additionnels par catégories de lits et par régions économiques, pour tous les hôpitaux du Québec, de 1966 à 1969	168
III.13.2	Évolution du taux de lits pour 1,000 habitants, par catégorie de lits et par régions économiques, pour tous les hôpitaux au Québec, de 1966 à 1969	170
III.13.3	Répartition des projets de construction et de rénovation considérés comme urgents par les hôpitaux publics, par catégories de lits et par régions économiques, au Québec, au 31 décembre 1967	173

III.1.1	Taux annuel d'augmentation des dépenses générales brutes des gouvernements du Québec et de l'Ontario, 1954-1967	181
III.1.2	Dépenses générales brutes des gouvernements du Québec et de l'Ontario en pourcentage du revenu personnel total, 1954-1967	182
III.1.3	Dépenses générales brutes par habitant, des gouvernements du Québec et de l'Ontario, en pourcentage du revenu personnel par habitant, 1954-1967	183
III.1.4	Évolution comparée des dépenses générales brutes et du revenu personnel au Québec et en Ontario, en 1954 et 1967	184
III.1.5	Dépenses brutes par habitant, des ministères de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être, au Québec, de 1954 à 1967	185
III.1.6	Dépenses brutes par habitant, des ministères de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être, en Ontario, de 1954 à 1967	186
III.1.7	Répartition des dépenses brutes pour la santé par catégorie et par habitant, gouvernement du Québec, de 1954 à 1967	187
III.1.8	Répartition des dépenses brutes pour la santé par catégorie et par habitant, gouvernement de l'Ontario, de 1954 à 1967	188
III.1.9	Dépenses brutes des gouvernements du Québec et de l'Ontario pour les soins hospitaliers. Total et par habitant, de 1954 à 1967	189
III.1.10	Coût net de l'hospitalisation des malades au titre de l'assurance-hospitalisation. Tous les hôpitaux du Québec sous contrat avec le Service de l'assurance-hospitalisation	190

<i>Tableau</i>	<i>Page</i>
III.1.11 Journées d'hospitalisation dans tous les hôpitaux sous contrat avec l'assurance-hospitalisation, au Québec, de 1961 à 1967	190
III.1.12 Frais (bruts) d'exploitation des hôpitaux publics sous contrat avec l'assurance-hospitalisation, au Québec, de 1961 à 1968	191
III.1.13 Frais d'exploitation, frais approuvés aux fins du régime d'assurance-hospitalisation, les dépenses nettes du ministère au titre de l'assurance-hospitalisation du Québec en 1967	192
III.1.14 Journées d'hospitalisation et frais par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques du Québec, de 1961 à 1967	193
III.1.15 Coût par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques du Canada et du Québec, de 1961 à 1967	193
III.1.16 Heures rémunérées par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics généraux, services généraux et spéciaux de soins infirmiers, au Canada, au Québec, en Ontario et au Manitoba, de 1961 à 1967	194
III.1.17 Heures rémunérées par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics généraux, autres services spéciaux au Canada, au Québec, en Ontario et au Manitoba de 1961 à 1967	195
III.1.18 Heures rémunérées par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics généraux, services supplémentaires, au Canada, au Québec, en Ontario et au Manitoba, de 1961 à 1967	196
III.1.19 Heures rémunérées par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics généraux, services généraux, au Canada, au Québec, en Ontario et au Manitoba, de 1961 à 1967	197
III.1.20 Coût moyen de l'heure de travail dans les services généraux de l'administration, de l'entretien ménager et de l'entretien matériel, hôpitaux publics généraux du Canada, du Québec de l'Ontario et du Manitoba, en 1964, 1965 et 1966.	198

TOME II

V.1	Bassins de population des régions sanitaires pour différents pays	58
V.3.1	Quantité et type de personnel dans les unités de soins gradués	82
V.3.2	Classification des malades selon l'intensité des soins que requiert leur état	92
V.3.3	Récapitulation sommaire des principales étapes conduisant à l'établissement d'un programme de soins gradués	94

TOME III

VII.1	Déficit ou surplus accumulé par les hôpitaux publics du Québec, au 31 décembre 1967	16
VII.2	Produit comparé d'un impôt calculé sur le revenu net et sur le revenu imposable des particuliers	24
VII.3	Produit d'un impôt de 1.3 pour cent pour les soins médicaux calculé sur le revenu imposable des particuliers et de 2.6 pour cent pour les soins hospitaliers, et crédit d'impôt à même l'impôt général à payer	25
VII.4	Contribution des employeurs de l'industrie de la fabrication au coût de régimes privés d'assurance-vie et d'assurance-maladie (soins médicaux), en pourcentage de la rémunération totale, dans les régions du Canada, en 1967	27

<i>Tableau</i>	<i>Page</i>
VII.5 Répartition, par régions économiques, de la dette à long terme des hôpitaux publics du Québec sous contrat avec le Service de l'assurance-hospitalisation, au 31 décembre 1967	29
VII.6 Échéancier de la dette obligataire des hôpitaux généraux publics au 31 décembre 1967	32
VII.7 Répartition par régions économiques des revenus déclarés et de l'impôt fédéral des particuliers, en 1966 . .	34

TOME IV

X.1 Effectifs médicaux : Nombre total de médecins, nombre de spécialistes, nombre de médecins pour 100,000 habitants et nombre de spécialistes pour 100,000 habitants, au Québec, de 1945 à 1969	16
X.2 Nombre de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de techniciens en biologie médicale, de techniciens en radiologie, d'archivistes et d'optométristes pour 100,000 habitants dans chaque province canadienne, en 1968	18
X.3 Main-d'œuvre hospitalière, par grandes catégories, pour l'ensemble des hôpitaux du Québec, de 1946 à 1967 . . .	20
X.4 Indice de croissance de la population du Québec par groupes d'âge, de 1966 à 1986	26
X.5 Répartition en pourcentage de la population québécoise par groupes d'âge, de 1966 à 1986	30
X.6 Répartition suivant le diagnostic, en nombre et en pourcentage, des hospitalisations enregistrées dans les hôpitaux du Québec, en 1966	33-34

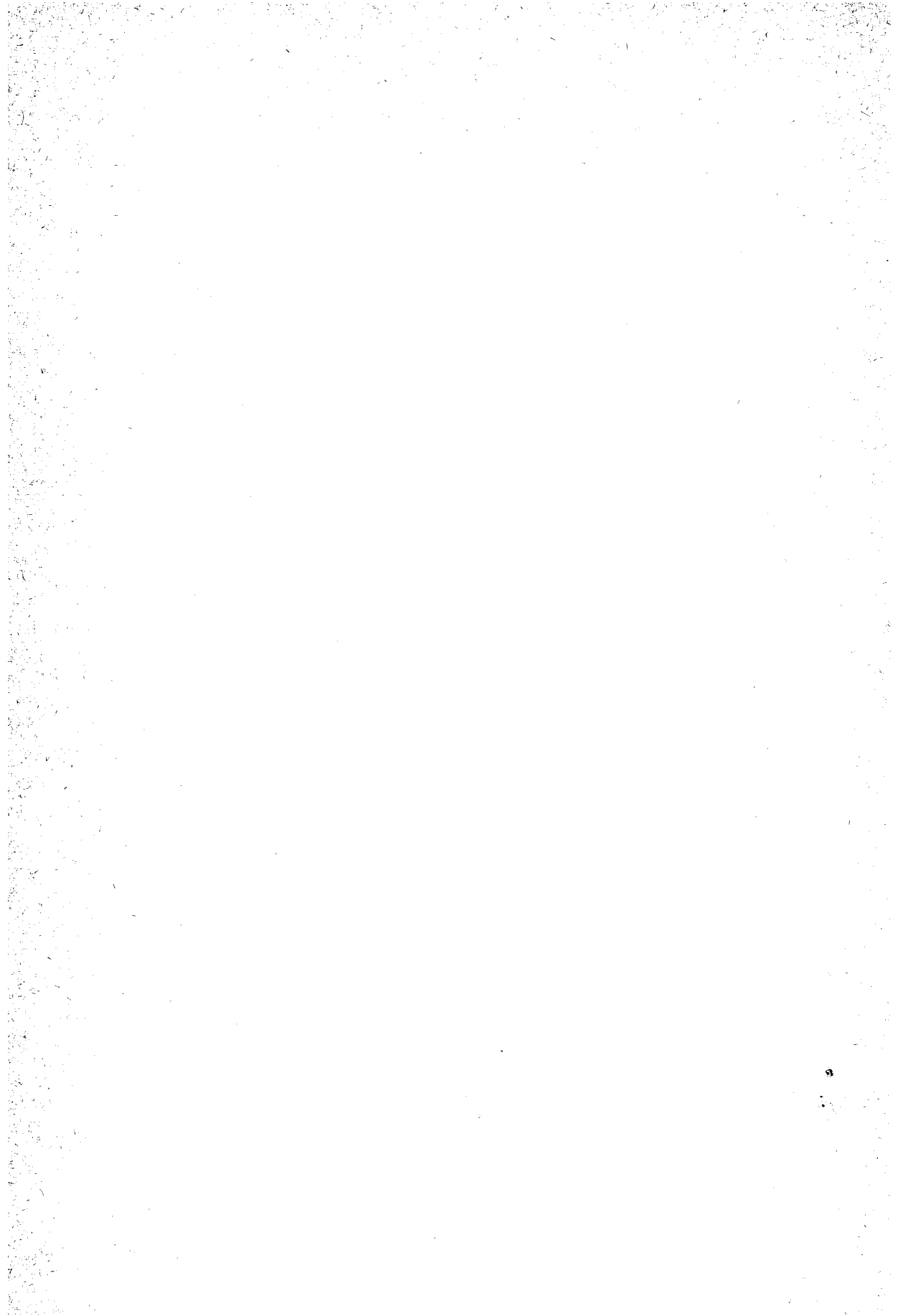
X.7	Répartition en pourcentage des heures rémunérées dans les hôpitaux du Québec en 1966, suivant la taille de l'hôpital et le type de services	37
X.8	Nombre de travailleurs à plein temps et à temps partiel pour 100 lits dans les hôpitaux du Québec, suivant la taille de l'hôpital, en 1967	46
X.9	Personnel (catégories les plus importantes) des hôpitaux du Québec en 1967 et estimations pour 1976	47
X.10	Estimation du personnel nécessaire (catégories les plus importantes) en 1976 dans les hôpitaux du Québec, de 100 à 300 lits et de 300 lits et plus	51
XI.1	Liste des programmes de formation professionnellé des CEGEP	61
XII.1	Répartition suivant le type de recherche — épidémiologique, opérationnelle et pure — des subventions accordées à des chercheurs du Québec pour l'année universitaire 1967-1968	118
XII.2	Répartition des subventions de recherche entre les départements des sciences de base et cliniques dans l'ensemble du Canada et du Québec, et dans les facultés de médecine de Laval, de McGill et de Montréal, en 1965-66 et en 1966-67	127
XII.3	Accroissement comparatif du nombre de professeurs à plein temps et d'étudiants en médecine aux États-Unis, au Canada, au Québec et dans les quatre facultés de médecine du Québec en 1961-62 et en 1968-69	129
XII.4	Répartition du personnel enseignant en sciences de base et cliniques selon les quatre facultés de médecine du Québec, pour les années universitaires 1961-62 et 1968-69	131
XII.5	Pourcentage des demandes de fonds de recherche agréées par le Conseil des recherches médicales du Canada de 1962 à 1970	139

Tableau

Page

XII.6	Budgets totaux du Conseil de la recherche médicale du Québec et répartition des bourses et des subventions de recherche entre les universités du Québec de 1965 à 1968	141
XIV.1	Consultations enregistrées dans le cadre du régime d'assistance médicale du Québec (1966-67), à la Mutuelle SSQ, (Les Services de Santé du Québec) (1966-67) et dans le Health Insurance Plan of Greater New York (1965)	182
XIV.2	Évolution du taux moyen des consultations pour 1,000 assurés dans le cadre du régime HIP, de 1950 à 1965 . .	182
XIV.3	Évolution du taux moyen des consultations au cabinet pour 1,000 assurés dans le cadre du régime de la Kaiser Foundation, de 1960 à 1964, et par comparaison avec le régime du HIP pour 1964	183
XIV.4	Moyens thérapeutiques utilisés par les médecins selon les résultats d'une enquête effectuée auprès d'un échantillon de médecins anglais	185
XIV.5	Fréquence et nature des consultations données aux malades externes dans les hôpitaux de la région de Trois-Rivières et ceux de l'ensemble du Québec en 1966, et taux d'hospitalisation pour la même année	186
XIV.6	Fréquence des admissions à l'hôpital et séjour moyen dans l'ensemble du Québec et certaines régions aux États-Unis et dans les régimes de Kaiser et du HIP, pour les années les plus récentes dont on possède les statistiques dans chaque cas	188
XIV.7	Normes indicatives de distance et de temps pour le transport des malades	202
XIV.8	Bassins de population et taille des CCS	204
XV.1	Total et répartition des lits hospitaliers (par catégories de malades) au Québec en 1966	218

XV.2	Estimation de la valeur comparée de deux programmes fictifs d'immobilisations, l'un (programme A) pour l'aménagement d'un nombre de lits équivalent à celui de 1966, l'autre (programme B) pour l'aménagement du nombre de lits jugés nécessaires dans le cadre du système intégré préconisé par la Commission autour des CCS	219
XV.3	Les dépenses pour les soins hospitaliers en 1966 — Comparaison entre le coût de fonctionnement des hôpitaux en 1966 et le coût de fonctionnement estimé des CCS pour la même année	221
XV.4	Catégories de personnel nécessaire dans les CLS, estimation de l'effectif total de chaque catégorie qu'il aurait fallu en 1966 et de son traitement annuel, à l'exclusion de l'effectif professionnel rémunéré à l'acte	224



Index des graphiques, diagrammes, cartes, schémas et organigrammes

TOME I

<i>Graphique</i>	<i>Page</i>
II.1 Maladie coronarienne — Taux de mortalité par maladie coronarienne chez les hommes, par groupes d'âges, Québec et Ontario, de 1951 à 1966	63
II.2 Cancer — Taux normalisés des décès dus au cancer, pour les deux sexes, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1963	70
II.3 Tuberculose — Taux bruts de mortalité par tuberculose, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1965	83
II.4 Tuberculose — Taux bruts de l'incidence de la tuberculose, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1965	84
III.1 Proportion des soins hospitaliers dans l'ensemble des dépenses gouvernementales de santé, Québec et Ontario, de 1954 à 1967	133
<i>Diagramme</i>	
III.1 Répartition des dépenses de santé pour une famille-type et selon la source de financement, Canada, 1955 et 1968	129
III.2 Dépenses pour la santé et l'éducation, gouvernement du Québec par rapport à celui de l'Ontario, 1954 et 1967	132
III.3 Coûts <i>per capita</i> des soins hospitaliers aux malades hospitalisés, Canada et les provinces, 1961 et 1967	136
III.4 Coûts de la journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics, au Canada et dans les provinces, en 1961 et 1967	139
III.5 Augmentation en pourcentage de la capacité totale en lits hospitaliers par régions économiques, au Québec, de 1966 à 1969.	169
<i>Carte</i>	
II.1 Mortalité infantile par régions économiques au Québec, en 1965-1967	Après la page 78

	<i>Page</i>
II.2 Mortalité infantile 1965-1966-1967, Île de Montréal	Après la page 80

TOME II

<i>Organigramme</i>	<i>Page</i>
VI.1 Le centre communautaire de santé	118
VI.2 L'office régional de la santé	134
VI.3 Le ministère de la Santé	141
VI.4 La structure générale du régime de la santé	155
VI.5.1 Le système administratif du régime de la santé — Rôles de conception, d'exécution et de conseil	164
VI.5.2 Le système administratif du régime de la santé — Actes d'inspection et de contrôle (origine et destinataire) . . .	165
VI.5.3 Le système administratif du régime de la santé — Ins- pection et contrôle : organes concernés ; objet de l'ins- pection et du contrôle : A, B, C, D, E,	166
VI.6 Le système de distribution des soins — Structures, res- sources, types de distribution	169
VI.7 Le système d'enseignement des sciences de la santé — Structures, ressources, programmes	173

Schéma

Page

V.1	Les centres de santé	51
-----	--------------------------------	----

TOME III

Diagramme

VII.1	Frais d'exploitation des hôpitaux publics du Québec pour l'année 1967	15
IX.1	Rôle des normes dans le processus d'évaluation	130
IX.2	Classification des mécanismes formels de contrôle . . .	140
IX.1.1	Processus de l'évaluation : modèle axé sur les objectifs	156
IX.3.1	Évaluation : plan d'échantillonnage	174

Organigramme

IX.1	Le régime de la santé et l'évaluation	149
------	---	-----

TOME IV

Graphique

X.1	Accroissement de la main-d'œuvre dans les hôpitaux du Québec, de 1955 à 1967	21
X.2	Taux de sorties hospitalières pour 10,000 habitants et séjour moyen par âge et par sexe, (à l'exclusion des opérations chirurgicales, des accouchements et des naissances vivantes) dans les hôpitaux du Québec, en 1967	31

Diagramme

Page

X.1	Les principales composantes des besoins de main-d'œuvre.	24
X.2	Pyramide d'âges de la population du Québec, en 1966 et 1986.	28
XII.1	Répartition des subventions de recherche entre les départements des sciences de base et cliniques de trois facultés de médecine du Québec et proportion des fonds de recherche accordés à des chercheurs québécois par rapport à l'ensemble du Canada en 1965-1966 et en 1966-1967.	128
XII.2	Illustration du rapport étudiants/professeur dans les facultés de médecine des États-Unis, du Canada et du Québec, en 1961-62 et en 1968-69	130
XII.3	Espace de recherche en 1966-67 — Répartition de l'espace net de recherche dans les départements des sciences de base et cliniques des trois facultés de médecine du Québec, en 1966-67, et proportion de l'espace affecté à la recherche au Québec par rapport à l'ensemble du Canada	133
XIV.1	Résultat d'une enquête médicale effectuée en 1951-52 auprès d'un échantillonnage de la population du Canada	180

Carte

XIV.1	Régions sanitaires du Québec, 1970 . . . Après la page	176
XIV.2	Régions sanitaires du Québec, prospective pour 1980 Avant la page	177

Schéma

XI.1	Niveaux d'études dans les sciences de la santé	68
XI.2	Niveaux de formation des étudiants en médecine	86

Table des matières

TOME I

Page

TITRE PREMIER

LA SITUATION ACTUELLE	9
---------------------------------	---

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DES SERVICES DE SANTÉ	11
--	----

Introduction	13
------------------------	----

I. La situation au Canada	15
-------------------------------------	----

A. Le mouvement de la santé publique	15
--	----

B. L'avènement de l'assurance-maladie	17
---	----

II. La situation au Québec	19
--------------------------------------	----

A. La santé publique	23
--------------------------------	----

1. Les bureaux de santé municipaux	23
--	----

2. Les initiatives provinciales	24
---	----

3. Le Service de santé de la ville de Montréal	28
--	----

4. Les organismes de santé privés	30
---	----

B. L'assurance-maladie	30
----------------------------------	----

CHAPITRE II

LE MILIEU ET L'ÉTAT DE SANTÉ	35
--	----

Introduction : L'écologie humaine et la notion de milieu	37
--	----

I. Le milieu	39
------------------------	----

A. La pollution du milieu	40
-------------------------------------	----

1. La pollution de l'air	41
------------------------------------	----

a) Effets de la pollution de l'air sur l'organisme hu- main	41
--	----

b) Inventaire des sources de pollution de l'air	45
---	----

	<i>Page</i>
2. La pollution de l'eau	48
3. Les autres types de pollution	51
a) Les déchets	51
b) La pollution des sols	52
c) La radioactivité	53
d) La pollution sonore	54
B. L'urbanisation	54
C. L'alimentation	57
II. L'état de santé de la population	59
A. L'espérance de vie	60
B. La maladie coronarienne	62
C. Le cancer	69
D. Les accidents	73
E. La mortalité infantile	77
F. La tuberculose	82
G. Les maladies mentales	89
Conclusion	90

CHAPITRE III

LA SITUATION ACTUELLE DU RÉGIME DE LA SANTÉ . .	93
I. L'organisation du régime de la santé	96
A. Défauts d'organisation du régime de la santé	96
1. Les soins de première ligne	98
2. Le système hospitalier	99
a) l'hôpital : entreprise privée ou service public . . .	99
b) La structure interne de l'hôpital	101
c) Les défauts de communication	102

	<i>Page</i>
3. Les systèmes parallèles	103
a) La médecine préventive	103
b) La médecine scolaire	105
c) La médecine du travail	106
d) La réadaptation	107
e) Les soins pour malades chroniques et convalescents	108
f) Les services psychiatriques	109
B. L'exercice professionnel	112
1. L'exercice individuel	113
2. Le dossier de santé	114
3. L'évaluation	115
4. L'organisation professionnelle	116
II. L'accès aux soins	118
A. Les obstacles d'ordre physique	118
B. Les obstacles d'ordre psycho-social	119
1. Aspects psychologiques	120
2. Aspects sociaux	121
C. Les obstacles d'ordre financier	123
III. Les coûts des soins	124
A. L'augmentation des coûts	125
B. La participation publique dans les dépenses de la santé	126
C. Le niveau actuel des coûts	134
D. La projection des coûts	142
IV. La gestion des services de santé	144
A. L'utilisation des soins hospitaliers et le mode de rémunération des médecins	144

	<i>Page</i>
B. Le fonctionnement de l'hôpital	146
1. L'utilisation du personnel en milieu hospitalier	147
a) Le personnel : quantité et composition	149
b) Analyse et évaluation des tâches	154
c) Incidence des conventions de travail	157
d) Les rapports entre l'hôpital et le médecin	159
2. L'utilisation des installations	161
a) Achat de fournitures et de services	161
b) Utilisation des appareils spécialisés	163
c) Les immobilisations : réalisations et projets	164
d) La situation financière des hôpitaux	174
Conclusion	175

APPENDICE III.1

ÉVOLUTION DES COÛTS DES SERVICES DE SANTÉ AU QUÉBEC ET AU CANADA, DE 1954 À 1969	177
Index des tableaux	201
Index des graphiques, diagrammes et cartes	207

TOME II

TITRE DEUXIÈME

LE RÉGIME DE LA SANTÉ	9
---------------------------------	---

CHAPITRE IV

UNE POLITIQUE DE LA SANTÉ	11
Introduction	13
I. Objectifs généraux	14

	<i>Page</i>
A. Améliorer l'état de santé de la population	14
1. Une médecine globale	15
2. Une médecine axée sur la personne	16
B. Améliorer l'état du milieu	17
II. Objectifs particuliers.	18
A. L'accès universel aux soins	18
B. Le respect de la personne	19
C. La qualité des soins.	21
D. L'efficacité	22

CHAPITRE V

LE RÉGIME DE LA SANTÉ	25
Introduction	27
A. Le modèle médical.	28
B. Le modèle social.	28
I. Les niveaux de soins	30
A. Les soins généraux	31
1. Fonctions.	31
2. L'équipe de la santé	32
3. Les services de soutien	34
B. Les soins spécialisés	35
C. Les soins ultraspécialisés	39
II. Les centres de santé	40
A. Le centre local de santé (CLS)	41
B. Le centre communautaire de santé (CCS)	45
1. Fonctions.	45
	313

	<i>Page</i>
2. Taille du centre communautaire de santé	46
a) Nombre de lits par unité de population	46
b) Taille optimale du centre communautaire de santé	48
C. Le centre hospitalier universitaire (CHU)	49
III. La régionalisation	53
A. Principes	53
B. Critères techniques.	57
1. Bassin de population	57
2. Centre universitaire	58
3. La distribution de soins complets	59
C. Critères généraux.	59
1. La distance	60
2. La distribution actuelle de la clientèle des centres de santé	60
3. Le sentiment d'appartenance régionale	61
4. Régions administratives actuelles	61
5. L'équipement actuel	62

APPENDICE V.1

DÉFINITIONS DU CONCEPT DE MÉDECINE GLOBALE . .	69
--	----

APPENDICE V.2

LE CONCEPT DE MODÈLE	73
Hypothèses	73
Modèle, instrument d'analyse	74

APPENDICE V.3

CLASSIFICATION DES MALADES SELON LE CONCEPT DE SOINS GRADUÉS	77
I. Bref historique des soins gradués	77
II. Concept de soins gradués	78
III. Éléments du concept de soins gradués	79
A. Soins intensifs	80
B. Soins courants	81
C. Soins espacés	81
D. Soins de longue durée	83
E. Soins à domicile	84
F. Soins externes	85
1. Les soins d'urgence	86
2. Les soins de jour ou de nuit (hospitalisation d'une journée ou d'une nuit)	87
3. Les consultations spécialisées	87
4. Les services médico-techniques de diagnostic et de traitement	87
5. Les consultations de dépistage	88
6. La médecine scolaire	88
IV. Critères de classification et d'évaluation	91
V. L'organisation des soins gradués	93

CHAPITRE VI

L'ORGANISATION DU RÉGIME DE LA SANTÉ	97
---	-----------

INTRODUCTION

PRINCIPES DIRECTEURS DE L'ORGANISATION DU RÉGIME.	99
---	----

PREMIÈRE PARTIE

PRÉSENTATION GLOBALE DES ORGANISMES DU RÉGIME DE LA SANTÉ.	101
1 ^{er} palier : le centre local de santé (CLS)	101
2 ^o palier : le centre communautaire de santé (CCS)	106
3 ^o palier : le centre hospitalier universitaire (CHU)	119
4 ^o palier : l'office régional de la santé (ORS)	124
5 ^o palier : les organismes centraux	135
A. Le ministère de la Santé	136
B. Le ministère de l'Éducation	144
C. La Régie de l'assurance-maladie	146
D. Les ordres professionnels	148
E. Le conseil supérieur de la santé	148
F. Le conseil de la recherche sur la santé	151
G. Le Protecteur du citoyen	153

DEUXIÈME PARTIE

FONCTIONNEMENT DYNAMIQUE DU RÉGIME DE LA SANTÉ	157
A. Le système administratif du régime	157
1. Les rôles de conception du système administratif . . .	157
2. Les rôles d'exécution du système administratif	158

	<i>Page</i>
3. Les rôles de régulation du système administratif . . .	160
4. Les rôles de communication	162
B. Le système de distribution des soins	167
1. Le centre local de santé (CLS)	167
2. Le centre communautaire de santé (CCS) et le centre hospitalier universitaire (CHU)	168
C. Le système d'enseignement des sciences de la santé et de recherche sur la santé	170
1. L'enseignement théorique	171
2. L'enseignement clinique	171

APPENDICE VI.1

NOTE SUR LA MÉTHODOLOGIE DU CHAPITRE	175
A. Le caractère cybernétique du régime	177
B. Les exigences de la théorie administrative	179
Liste des recommandations	183
Index des schémas et organigrammes	201
Index des tableaux	203

TOME III

TITRE DEUXIÈME

LE RÉGIME DE LA SANTÉ (suite)	9
---	---

CHAPITRE VII

LE FINANCEMENT DU RÉGIME DE LA SANTÉ	11
Introduction	13

PREMIÈRE PARTIE

LES MODES DE FINANCEMENT	19
I. Un financement de type mixte	19
II. Les cotisations spécifiques	22
A. L'impôt sur le revenu	22
B. La cotisation des employeurs	26
III. Répartition entre les cotisations spécifiques et le budget de l'État	27
IV. Le pouvoir d'emprunt et la dette hospitalière	28
L'impôt régional	33

DEUXIÈME PARTIE

LES MÉTHODES DE FINANCEMENT	37
I. Le financement des immobilisations	37
II. Le financement des dépenses courantes	40
A. L'assurance-hospitalisation : les leçons de l'expérience	40
1. Les facteurs d'incitation à la hausse des coûts	41
2. Les facteurs de tolérance de la hausse des coûts	42
a) Méprise dans l'objectif du contrôle	42
b) Méprise dans les moyens de contrôle	43
B. Les principes d'une réforme du contrôle budgétaire	46
1. Un système décentralisé	47
a) La définition des objectifs de gestion	48
b) Les implications pour les systèmes de financement et de contrôle	51

	<i>Page</i>
2. Le système d'incitation	53
C. Les éléments du système de contrôle administratif et financier	56

CHAPITRE VIII

LA GESTION DES CENTRES DE SANTÉ	67
Introduction	69
I. La gestion des centres de santé	70
A. Le climat de travail	70
B. La compétence des cadres	72
C. La détermination des sphères de responsabilité	75
D. La motivation du personnel	77
E. La structure des occupations	80
II. La gestion et le système d'information	83
A. La qualité de l'information	84
B. Les objectifs de l'information.	85
1. La planification et l'analyse du régime de la santé . . .	85
2. Le contrôle de la qualité	86
3. L'évaluation et la projection de la situation financière	87
4. La recherche opérationnelle et l'analyse des tâches . .	87
5. L'analyse de la gestion	87
C. Les responsables de l'information	91
1. Les services administratifs	91
2. Les services techniques	92

	<i>Page</i>
III. L'ORS et la gestion des centres de santé	95
A. La planification régionale des centres de santé	95
B. Les services communs des centres de santé	97
1. La modernisation des opérations comptables	97
2. Une politique d'achats et de services communs	98
3. Une politique de gestion du personnel	99
a) L'application des conventions collectives	100
b) Le recrutement et le perfectionnement	100
IV. Le ministère de la Santé et la gestion des centres de santé. .	103
A. La planification globale du régime de la santé	104
B. La prérogative du contrôle des dépenses publiques	105

APPENDICE VIII.1

LE CALCUL DU « BUDGET NORMALISÉ »	107
---	-----

CHAPITRE IX

L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE L'EFFICACITÉ DU RÉGIME DE LA SANTÉ	115
Introduction	117
I. Concepts de qualité et d'évaluation	118
A. La qualité	118
1. Le point de vue du producteur	119
2. Le point de vue du consommateur	120
3. Le point de vue de la société	121
Conclusion	123

	<i>Page</i>
B. L'évaluation	124
1. Les buts de l'évaluation	124
a) La régulation	124
b) Le contrôle	125
c) L'étude des résultats obtenus	126
2. Les méthodes d'évaluation	128
a) L'évaluation de la technique professionnelle	128
b) L'évaluation des effets des soins	129
Conclusion	131
II. Le processus d'évaluation	132
A. Les caractéristiques du processus d'évaluation	132
B. L'information	134
1. Les catégories et les types d'information	134
2. Les sources d'information	135
a) Le recensement	135
b) L'enquête permanente sur l'état de santé de la population	135
c) Les dossiers de santé	136
d) Les rapport spécifiques	136
e) Les enquêtes spéciales	136
f) Les registres spéciaux	136
C. Les mécanismes d'évaluation	137
1. Le contrôle interne et le contrôle externe	138
2. L'examen des dossiers et le contrôle statistique	138
3. Le contrôle professionnel et le contrôle administratif	139
III. Les implications pour le régime de la santé	139
A. Le niveau central	142

	<i>Page</i>
1. La régulation	142
2. Le contrôle	142
3. L'évaluation des effets et la recherche	143
B. Le niveau régional	144
C. Le niveau local	144
IV. L'implantation du système d'évaluation	145

APPENDICE IX.1

LES MODÈLES D'ÉVALUATION DES SOINS	153
I. Le modèle axé sur les objectifs	155
A. La hiérarchie des objectifs	155
B. Les hypothèses de validité	157
II. Le modèle axé sur le régime	160

APPENDICE IX.2

NATURE DE L'INFORMATION NÉCESSAIRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ	163
I. État de santé de la population	165
II. Fonctionnement du système	165
A. Caractéristiques générales des établissements (CCS, CLS et autres)	165
B. Administration	165
C. Personnel	166
D. Organisation des soins	166
III. Extrants du régime	167

APPENDICE IX.3

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION	169
I. L'unité de base	171
II. La représentativité des échantillonnages	172
III. Les comparaisons	173
IV. Les normes	173
V. La validité et la sûreté des critères	175
Liste des recommandations	177
Index des diagrammes et organigrammes	189
Index des tableaux	191

TOME IV

TITRE TROISIÈME

LES RESSOURCES	9
--------------------------	---

CHAPITRE X

LES EFFECTIFS DE LA SANTÉ	11
Introduction	13
I. Les effectifs actuels	14
A. L'importance des effectifs de la santé	14
B. L'évolution et la répartition des effectifs	15
1. Les médecins	15
2. Les dentistes	15

	<i>Page</i>
3. Les pharmaciens	17
4. Les autres catégories de personnel professionnel et technique	17
C. La structure de la main-d'œuvre hospitalière	19
II. La détermination des besoins de main-d'œuvre	22
A. Les besoins réels de soins	25
1. La structure démographique	25
2. Les facteurs épidémiologiques	29
B. L'offre de soins	35
1. Le cadre général du système de distribution des soins	35
2. Les fonctions techniques de production	36
a) La substitution	38
b) Le progrès de la science médicale	41
3. La disponibilité de la main-d'œuvre	42
III. La projection de la demande de main-d'œuvre	43
A. La méthodologie	44
B. Les hypothèses	48
1. Le séjour	48
2. Les coefficients de main-d'œuvre constants	49
IV. La prévision	49
A. Le changement dans la structure du système hospitalier	50
B. Le changement dans les taux d'utilisation des hôpitaux	50

CHAPITRE XI

Page

L'ENSEIGNEMENT DES SCIENCES DE LA SANTÉ	55
Introduction	57
I. Les niveaux d'études	58
A. L'enseignement secondaire (écoles polyvalentes)	59
B. L'enseignement secondaire supérieur (CEGEP)	60
1. Les programmes d'études actuels	60
2. Les nouveaux programmes	62
a) La réadaptation fonctionnelle	63
b) Les auxiliaires dentaires	63
c) Les opticiens d'ordonnance	63
d) Les inspecteurs sanitaires	64
3. Les techniques administratives	64
4. Les stages	65
C. L'enseignement supérieur ou universitaire	66
1. Le premier cycle universitaire	67
a) Les objectifs	67
b) La durée des études et les diplômes	69
c) Les divers types de professionnels de la santé au premier cycle	70
— La médecine	71
— Les assistants	71
— Les sciences infirmières	73
— La pharmacie	74
— La chirurgie dentaire	75
— L'optométrie	76
— La diététique	77
— La réadaptation fonctionnelle	78
— La chiropraxie	79

	<i>Page</i>
— La podiatrie	79
— La naturopathie	80
2. Les études avancées	81
a) Les études avancées et les professionnels de la santé	82
b) Les études avancées et les administrateurs	83
c) Les études avancées et la médecine	84
— Le deuxième cycle	85
— Le troisième cycle	88
— Les types de spécialistes	88
1° Les spécialistes dans les diverses branches de la médecine et de la chirurgie	88
2° Les spécialistes en médecine sociale	89
3° Les scientifiques médicaux	90
II. L'enseignement continu	91
A. Les formes d'enseignement continu	92
1. L'enseignement formel	92
2. La démonstration	93
3. Les stages de perfectionnement	93
B. L'enseignement de mise à jour	93
C. La responsabilité de l'enseignement continu	94
III. Les professeurs et les étudiants	95
A. Les professeurs à plein temps	96
B. Les professeurs à temps partiel	97
C. Les étudiants	98
IV. Les centres d'enseignement pratique	99
A. Le centre hospitalier universitaire (CHU)	99

	<i>Page</i>
1. Les soins	100
2. L'enseignement	101
3. La recherche	101
B. Le centre communautaire de santé (CCS)	102
C. Le centre local de santé (CLS)	102
Conclusion	103

APPENDICE XI.1

Arrêté en conseil no 2624 du 14 août 1968 concernant la formation d'un comité d'étude des professions auxiliaires de la santé .	105
---	-----

CHAPITRE XII

LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ . . .	111
Introduction	113
I. La recherche épidémiologique	116
II. La recherche opérationnelle	121
III. La recherche pure et clinique dans le domaine de la santé . .	124
A. La recherche dans les disciplines de la santé autres que la médecine	125
B. La recherche médicale.	125
IV. Une politique de recherche sur la santé	134
A. Les objectifs de la recherche	135
B. Le financement de la recherche	137

CHAPITRE XIII

Page

L'INFORMATIQUE ET LA SANTÉ	145
Introduction	147
I. Les conditions préalables	149
A. L'identification des individus	149
B. La terminologie médicale	150
C. Le personnel	151
D. Les coûts	151
E. La planification et l'organisation	152
II. Les domaines d'application	154
A. Les domaines d'application à court terme	155
1. Les laboratoires	155
2. Le dossier médical	155
3. La recherche	157
4. La surveillance	158
5. Le dépistage	159
B. Les domaines d'application à long terme	160
1. Le diagnostic	160
2. L'observation médicale	161
3. L'enseignement	161
4. Le système global de traitement de l'information	162
a) La gestion administrative	163
b) L'organisation des soins	163
c) La planification	163
Conclusion	164

TITRE QUATRIÈME

L'INSTAURATION DU RÉGIME DE LA SANTÉ	167
--	-----

CHAPITRE XIV

LES RÉGIONS SANITAIRES, LES PROGRAMMES DE SOINS ET DE SALUBRITÉ PUBLIQUE ET L'IMPLANTATION DES CENTRES DE SANTÉ	169
---	-----

Introduction	171
------------------------	-----

I. Les régions sanitaires	171
-------------------------------------	-----

II. Les programmes d'action	177
---------------------------------------	-----

A. L'extension des soins généraux	179
---	-----

B. La réduction de l'hospitalisation	186
--	-----

III. Une politique du personnel	192
---	-----

A. La substitution dans l'exécution des tâches	192
--	-----

B. La formation des équipes de soins	195
--	-----

IV. L'implantation des centres de santé	197
---	-----

A. Le nombre de lits nécessaires	197
--	-----

B. Les contraintes de la rentabilité des ressources et de l'accès aux soins	199
---	-----

1. Les bassins minimaux de population	201
---	-----

2. L'accès aux soins	201
--------------------------------	-----

APPENDICE XIV.1

LES ASSISTANTS MÉDICAUX	207
-----------------------------------	-----

CHAPITRE XV

LES IMPLICATIONS FINANCIÈRES ET LÉGISLATIVES .	213
--	-----

Introduction	215
------------------------	-----

I. Les implications sur le coût des services de santé	215
---	-----

A. Les centres communautaires de santé et les centres hospitaliers universitaires	216
---	-----

1. Les immobilisations	217
----------------------------------	-----

2. Le coût de fonctionnement	220
--	-----

B. Les centres locaux de santé	222
--	-----

1. Les immobilisations	223
----------------------------------	-----

2. Le coût de fonctionnement	223
--	-----

II. La rémunération des professionnels de la santé	227
--	-----

A. La composante technique et la composante professionnelle de l'acte médical	228
---	-----

B. L'exercice interdisciplinaire et la substitution dans l'exécution des tâches	229
---	-----

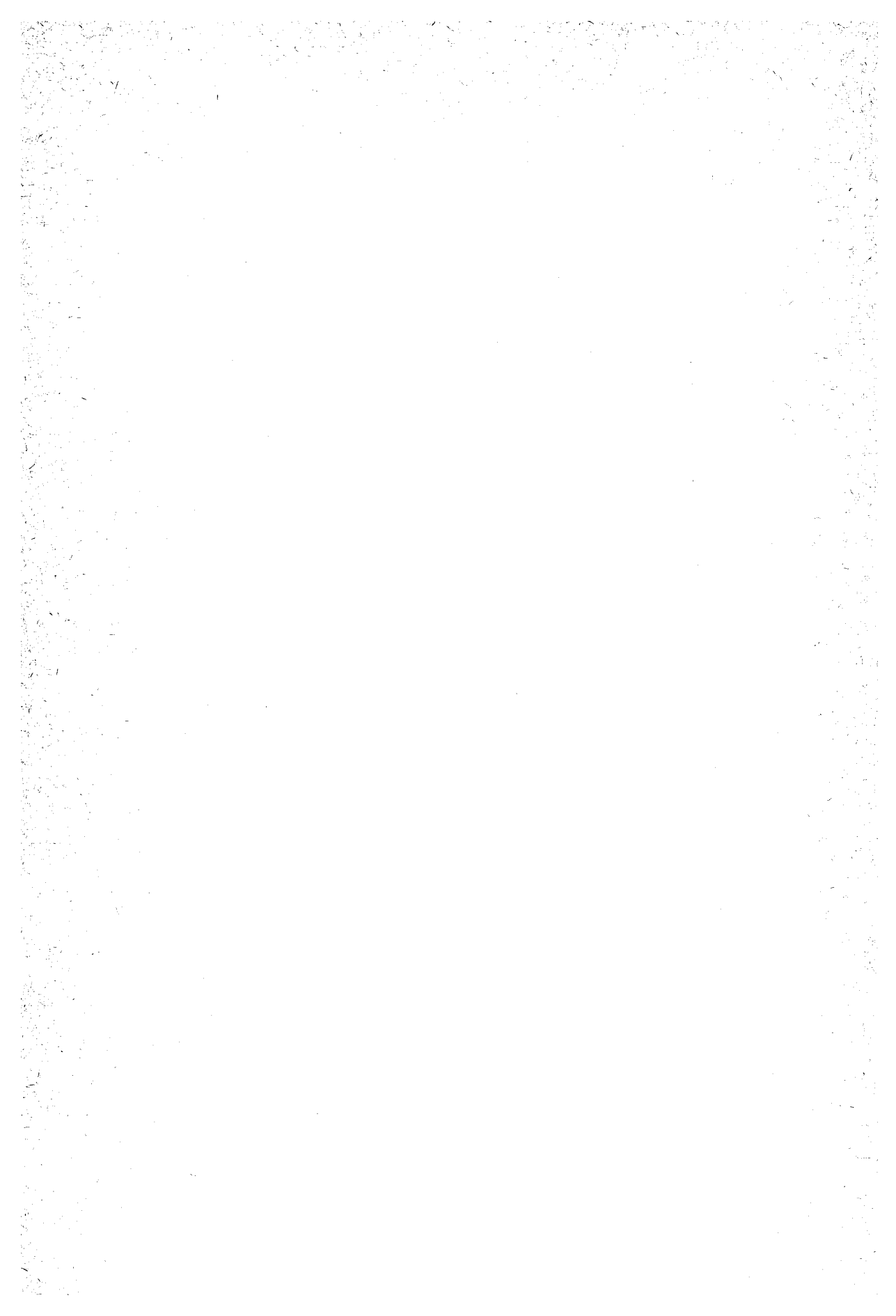
C. La conciliation du mode de rémunération et des objectifs de la politique de la santé	230
---	-----

III. Les implications législatives	234
--	-----

CONCLUSION

LES PRIORITÉS

I. L'élimination des disparités	241
II. L'élargissement du concept de soins	244
III. L'assainissement du milieu	246
Liste des recommandations.	251
Index des tableaux	291
Index des graphiques, diagrammes, cartes, schémas et organigrammes	303



COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL

RAPPORT

VOL. I L'ASSURANCE-MALADIE
VOL. II LES MÉDECINS INTERNES ET RÉSIDENTS
PREMIÈRE PARTIE
VOL. III LE DÉVELOPPEMENT
DEUXIÈME PARTIE
VOL. IV LA SANTÉ

TROISIÈME PARTIE
VOL. V LA SÉCURITÉ DU REVENU
QUATRIÈME PARTIE
VOL. VI LES SERVICES SOCIAUX
CINQUIÈME PARTIE
VOL. VII
TOME I LES PROFESSIONS ET LA SOCIÉTÉ
TOME II LES ÉTABLISSEMENTS À BUT LUCRATIF

ANNEXES

1. ANALYSE COMPARATIVE DES COÛTS DE L'HOSPITALISATION AU QUÉBEC ET EN ONTARIO
LA COMMISSION
2. L'ÉVOLUTION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES MODES DE DISTRIBUTION DES SOINS AU QUÉBEC
GILBERT BLAIN, M.D., JEAN-CLAUDE MARTIN, JEAN-YVES RIVARD ET YOLANDE TAYLOR
3. INDICES DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DU QUÉBEC
MADELEINE PATRY, M.D.
4. LES MÉCANISMES DE DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS ET PROTHÈSES : ANALYSE ÉCONOMIQUE
FRANÇOIS D. LACASSE
5. CONTRIBUTION À UN PROJET DE LOI-CADRE EN MATIÈRE DE MALADIE MENTALE
LUCIEN PANACCIO, M.D.
6. PROBLÈMES DE LA DÉTÉRIORATION DU MILIEU ET DE LA CONSERVATION DE L'ENVIRONNEMENT
GEORGES S. GANTCHEFF
7. URBANISME ET AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE EN RELATION AVEC LA CONSERVATION DE LA SANTÉ
GEORGES ROBERT
8. LA PRÉVISION DE MAIN-D'OEUVRE DANS LE SECTEUR HOSPITALIER
RICHARD BÉLAND ET THOMAS BOUDREAU
9. LA SITUATION FINANCIÈRE DES HÔPITAUX DU QUÉBEC AU 31 DÉCEMBRE 1967
NICOLE MARTIN, CHARLES CHAMARD, CLAUDE E. FORGET ET ANDRÉ MOISAN
10. LES COÛTS DE FONCTIONNEMENT DE CERTAINS SERVICES HOSPITALIERS AU QUÉBEC : ANALYSE ÉCONOMIQUE
CLAUDE E. FORGET
11. LA RECHERCHE MÉDICALE AU QUÉBEC — VERSIONS FRANÇAISE ET ANGLAISE
CLAUDE FORTIER, M.D., JOHN BECK, M.D., JACQUES GENEST, M.D., MAURICE LeCLAIR, M.D. ET YVES MORIN, M.D.
12. L'ORGANISATION ET LA RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE AU QUÉBEC
M^{re} CLAUDE-ARMAND SHEPPARD
13. LA RÉMUNÉRATION DU CORPS MÉDICAL
JEAN-YVES RIVARD
14. UTILISATION COMPARÉE DES SERVICES DE SANTÉ
RAYNALD PINEAULT, M.D.
15. INVENTAIRE DE L'ÉQUIPEMENT HOSPITALIER ACTUEL ET DES PROJETS D'IMMOBILISATIONS AU QUÉBEC
LA COMMISSION
16. LES FONDEMENTS D'UNE POLITIQUE FAMILIALE
PHILIPPE GARIGUE
17. POUR UNE POLITIQUE DE LA VIEILLESSE
JEAN-MARIE MARTIN
18. POLITIQUE DE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANCE POUR LE QUÉBEC DE DEMAIN — VERSIONS FRANÇAISE ET ANGLAISE
ROLAND HENNESSEY
19. LA RECHERCHE EN MATIÈRE DE BIEN-ÊTRE SOCIAL AU QUÉBEC — VERSIONS FRANÇAISE ET ANGLAISE
D.E. WOODSWORTH ET PATRICK DEEHY
20. LE PERSONNEL DES ORGANISMES DE BIEN-ÊTRE AU QUÉBEC
MONTREAL COUNCIL OF SOCIAL AGENCIES
21. L'ASSURANCE-CHÔMAGE ET LES SERVICES AUX TRAVAILLEURS
BERNARD SOLASSE ET JEAN BOIVIN
22. LA VOIX DES HOMMES SANS VOIX
LA COMMISSION
23. BIBLIOGRAPHIE SUR LES SERVICES SOCIAUX
LA COMMISSION
24. LE CHAMP DU BIEN-ÊTRE DANS LA SOCIÉTÉ OCCIDENTALE — VERSIONS FRANÇAISE ET ANGLAISE
HERMAN LEVIN
25. LA SOCIÉTÉ DE DEMAIN : SES IMPÉRATIFS, SON ORGANISATION
GÉRALD FORTIN
26. L'ANIMATION SOCIALE
RENÉ DIDIER
27. LE LOISIR
JEAN-CHARLES GUINDON