

A11D6
A29
S2
1967-72
4,3
Ex. 2
QL
Magasin

VOLUME IV

LA SANTÉ

TOME III
TITRE DEUXIÈME
LE RÉGIME DE LA SANTÉ (SUITE)

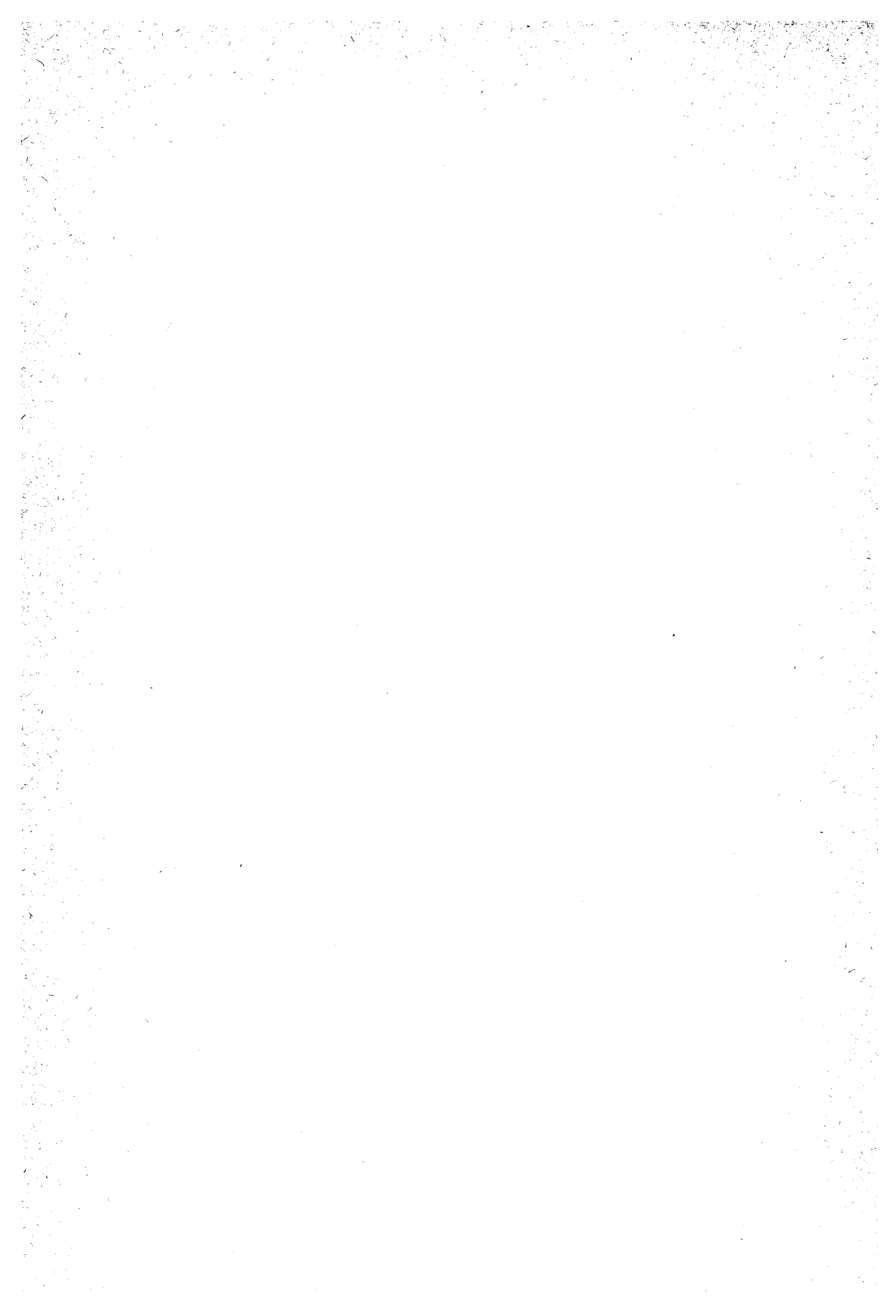
**RAPPORT
DE LA COMMISSION
D'ENQUÊTE
SUR LA SANTÉ
ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL**

DEUXIÈME PARTIE

GOVERNEMENT DU QUÉBEC/1970



B



VOLUME IV

LA SANTÉ

**TOME III
TITRE DEUXIÈME
LE RÉGIME DE LA SANTÉ (SUITE)**

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

DEUXIÈME PARTIE

GOVERNEMENT DU QUÉBEC/1970

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

Membres

Gérard Nepveu, *président* 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

Secrétaire

Jean Mercier ⁶

Secrétaire adjoint

Luc Gilbert-Lessard

Conseiller en bien-être social

Nicolas Zay, L. Sc. P. & Écon.,
LL. D., M. S. S.

Conseiller économique

Nicole Vaillancourt Martin,
M. A. Écon. (Montréal),
M. Sc. Écon. (Londres)

Conseiller juridique

René Dussault, LL. L., avocat,
Ph. D. (Londres)

Conseiller médical

Jacques Brunet, M. D., F. R. C. P.
(Canada)

Conseiller en relations publiques

Jean Pelletier

Directeur des études spéciales

André Hurtubise, B. Eng.,
M. A. Écon. (Montréal)

Directeur adjoint des études spéciales

Mercédès C. Gauvin, M. Sc. Soc.
(Laval), M. Sc. Écon. (Londres),
Diplôme de l'École Nationale
d'Administration (Paris)

*Expert consultant en
administration hospitalière*

Jean-Yves Rivard, M. A. Écon.
(Montréal), Ph. D. (Michigan)

*Expert consultant en
administration sociale*

Joy Woolfrey, M. Sc. Écon. en
administration sociale (Londres)

*Expert consultant
économique*

Thomas Boudreau, M. A. Écon.
(Laval)

*Expert consultant en
organisation des services de
santé et des soins*

Jean Rochon, M. D., LL. L.,
M. P. H. (Harvard)

Expert consultant médical

Madeleine Patry, M. D., D. P. H.
(Montréal), M. Sc. Hyg.
(Harvard)

*Expert consultant en
organisation des services
de santé*

Andrée Lajoie, LL. L., B. A.
(P. P. E.) M. A. (Oxford)

*Expert consultant en
organisation des services
de santé*

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 deuxième

Le régime de la santé

(suite)

Deuxième partie

Ce titre présente les grands traits du régime de la santé proposé par la Commission. Il s'articule autour de six questions fondamentales qui font chacune l'objet d'un chapitre distinct.

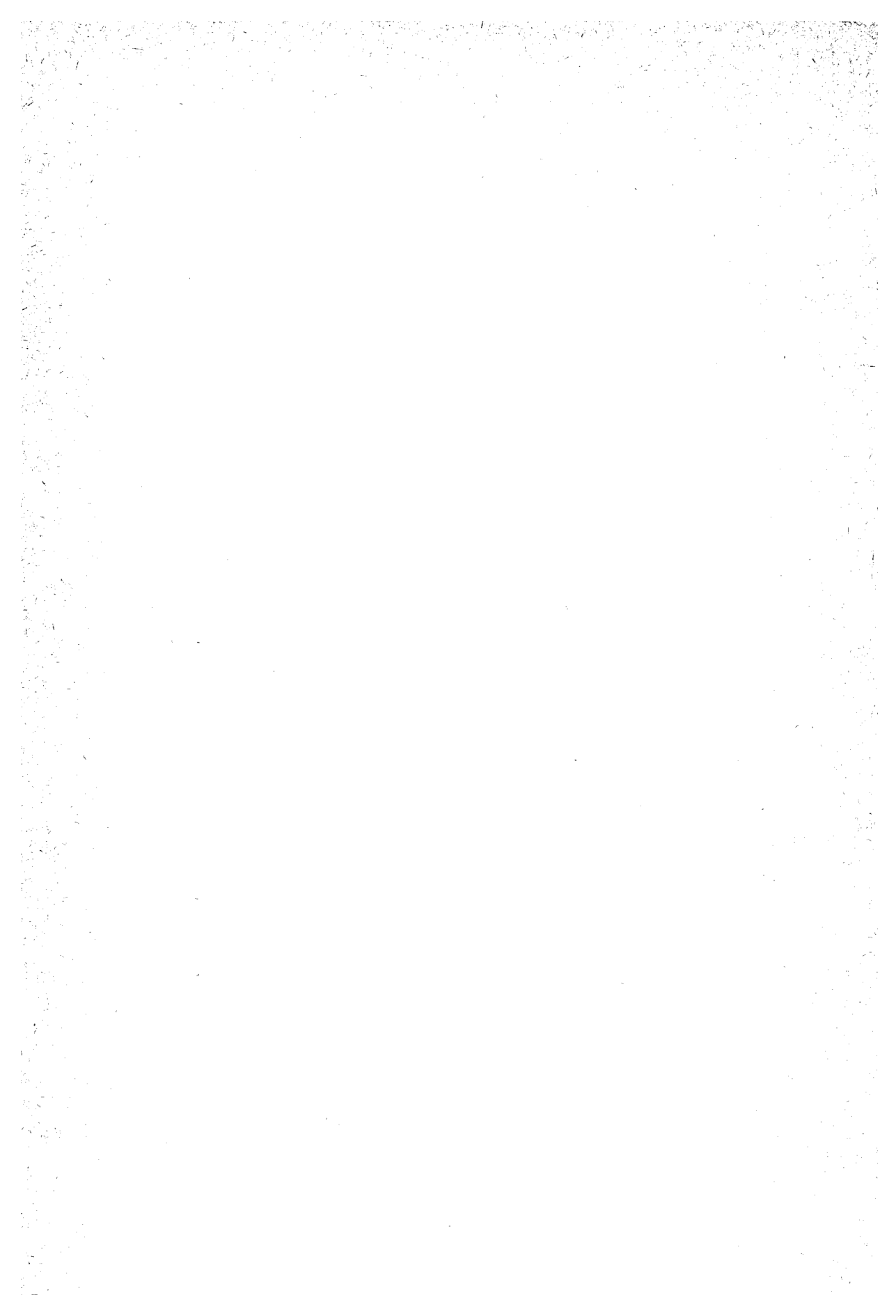
Le tome précédent traite des trois premières questions : la politique de la santé pour le Québec, le contenu du régime de la santé, son organisation et les modalités de fonctionnement des établissements et organismes et leurs relations entre eux.

Le présent tome étudie les trois questions qui font l'objet de la deuxième partie.

Le quatrième chapitre (chapitre VII) traite des modes et des méthodes de financement du régime de la santé proposé par la Commission ; ce sujet constitue un point névralgique du bon fonctionnement du régime.

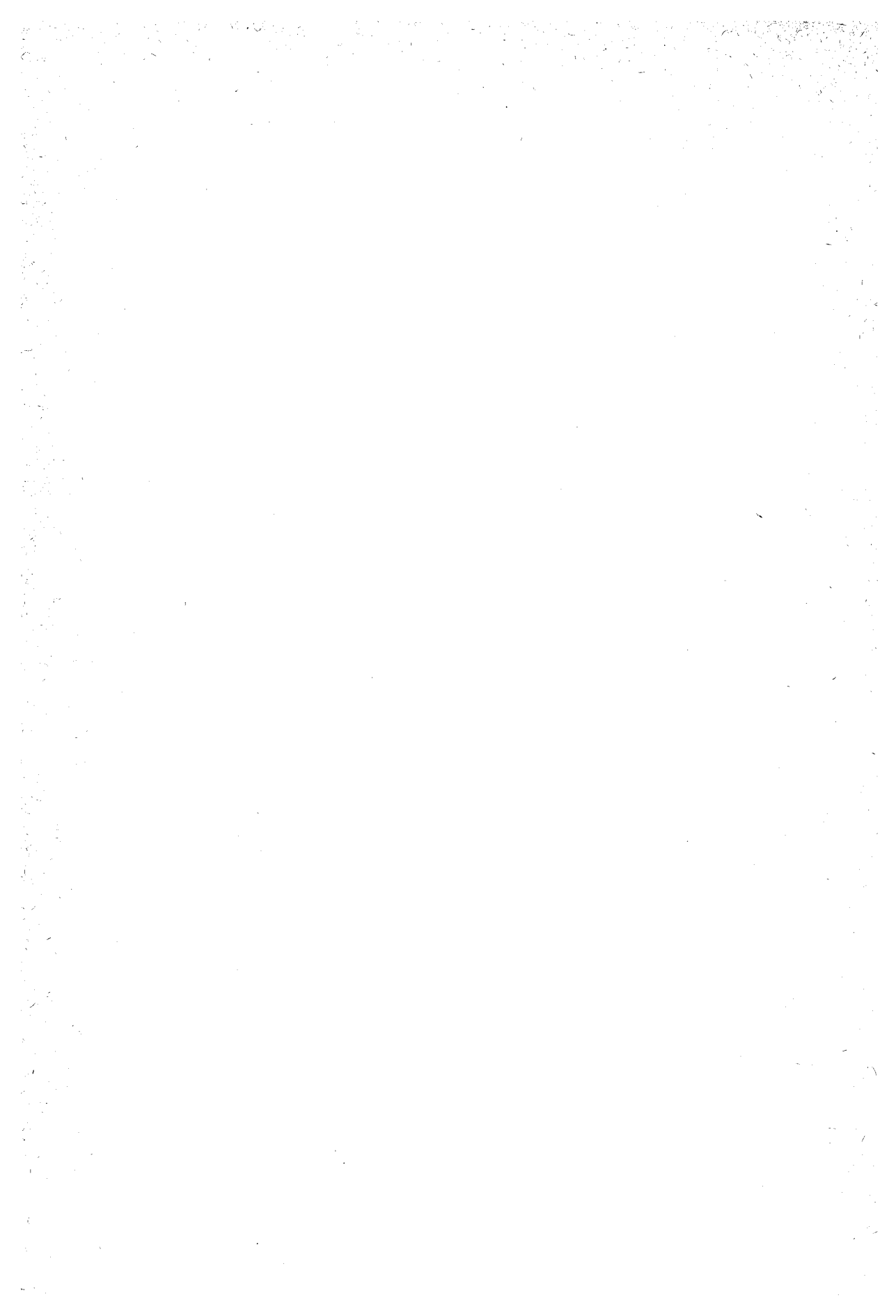
Le cinquième chapitre (chapitre VIII) examine la délicate question de la gestion des centres de santé. À cet égard, trois types d'organismes ou établissements retiennent l'attention : les centres de santé, les offices régionaux de la santé et le ministère de la Santé.

Le sixième chapitre (chapitre IX) examine les mécanismes d'évaluation de la qualité des soins et de l'efficacité du régime. Il s'agit là d'une fonction essentielle à l'efficacité du régime de la santé tant du point de vue du producteur que de celui des consommateurs et de la société en général.



VII

Le financement du régime de la santé



Le financement du régime de la santé

INTRODUCTION

842. Dans les chapitres précédents, nous esquissons les caractéristiques d'une réforme du régime de la santé; ce qui suppose une décentralisation administrative de l'État québécois par la régionalisation. Mais cette réorganisation comporte de multiples implications quant aux mécanismes de financement. En particulier, l'acheminement des fonds vers les établissements de santé et le système de contrôle prévu auront une influence certaine sur l'efficacité de la gestion. Avant de discuter de ces mécanismes, rappelons les caractéristiques les plus frappantes du système actuel :

- L'évolution des modes de financement a favorisé certains aspects de la distribution des soins. En effet, les textes législatifs et réglementaires relatifs aux subventions de construction et à l'étendue des services délimitent avec précision la catégorie d'établissements et le type de soins auxquels s'applique ce financement. Ainsi, par exemple, les règles de partage des crédits empêchent-elles constamment de procéder à des modes de traitement qui remplacent l'hospitalisation.
- Les modes de calcul utilisés actuellement pour le financement des dépenses courantes des hôpitaux sont liés directement au taux d'occupation des lits et ont pour conséquence d'amener les hôpitaux à maximiser l'utilisation de leurs lits, pour d'une part, obtenir des revenus plus considérables et, d'autre part, diminuer le coût d'exploitation par journée d'hospitalisation. De plus, les hôpitaux qui abrègent la durée des séjours individuels, grâce à une plus grande efficacité, sont invariablement pénalisés.
- On pénalise encore l'établissement public qui réalise des économies, car on réduit d'autant ses disponibilités financières, l'année suivante. Les règlements de la loi sur l'assurance-hospitalisation veulent que l'hôpital rembourse intégralement les fonds non utilisés, et que les dépenses approuvées pour l'année suivante s'ajustent aux dépenses réelles observées. L'administrateur hospitalier fait face à la situation inverse de celle

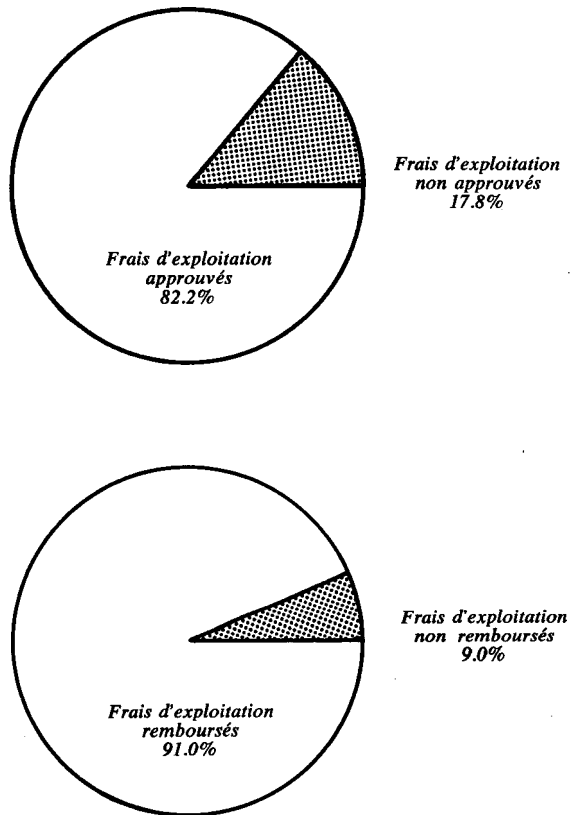
de l'administrateur privé qui, pour un accroissement de la productivité et du profit, jouit en retour de disponibilités accrues l'année suivante.

- Les sanctions par lesquelles on ne rembourse pas les dépenses non approuvées au préalable, ou la partie non admissible que les revenus ne suffisent pas à combler, n'atteignent en définitive que l'État lui-même auquel incombent tôt ou tard ces frais additionnels.
- Le Ministère, chaque année, verse ainsi en ajustements un montant qui équivaut approximativement à 10 pour cent des dépenses approuvées, ou à la moitié des frais d'exploitation non admissibles, ou non approuvés. Le diagramme VII.1 illustre les données de l'année 1967.
- D'autre part, on sait qu'au 31 décembre 1967 le déficit accumulé atteignait environ \$90 millions pour l'ensemble des hôpitaux du Québec (tableau VII.1). C'est un problème dont la solution, quelle qu'en soit la forme, revient au gouvernement lui-même.
- Enfin, la rigidité du contrôle des dépenses courantes offre un contraste frappant avec l'initiative des hôpitaux quant aux décisions concernant les dépenses d'immobilisations. Bien qu'elles entraînent toutes les nouvelles dépenses de fonctionnement, ces décisions, en général, n'obéissent à aucun mécanisme de planification globale.

DIAGRAMME VII.1

Frais d'exploitation des hôpitaux publics du Québec pour l'année 1967*

Frais d'exploitation approuvés au titre de l'assurance-hospitalisation et dépenses nettes du Service d'assurance-hospitalisation pour le fonctionnement des hôpitaux publics **, au Québec, en 1967.



Source : Voir le tableau III.1.13 de l'appendice III.1 du chapitre III du présent volume.

* Ces frais atteignent \$444 millions.

** En pourcentage des frais bruts d'exploitation.

TABLEAU VII.1

**Déficit ou surplus accumulé par les hôpitaux publics du Québec,
au 31 décembre 1967.**

| <i>Hôpitaux publics *</i> | <i>Déficit accumulé</i> | | | <i>Surplus accumulé</i> | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| | <i>Total des réponses</i> | <i>Nombre de réponses</i> | <i>Montant (en \$ millions)</i> | <i>Nombre de réponses</i> | <i>Montant (en \$ millions)</i> |
| généraux | 132 | 100 | 91,891,660 | 32 | 9,278,430 |
| chroniques | 26 | 17 | 6,601,625 | 9 | 1,944,509 |
| psychiatriques | 23 | 13 | 4,602,341 | 10 | 1,788,037 |
| Total | 181 | 130 | 103,095,626 | 51 | 13,010,976 |
| Solde net | 232 | | 90,084,650 | | |

Source : Renseignements obtenus des hôpitaux eux-mêmes au moyen d'un questionnaire financier. Voir à ce sujet l'annexe 9 de notre rapport.

* À l'exclusion de 3 hôpitaux de propriété fédérale.

843. L'ensemble de ces constatations amène la plupart des observateurs à la conclusion suivante : pour inciter les hôpitaux à rationaliser l'utilisation des modes de traitement et à améliorer leur efficacité, il faut s'assurer que les économies réalisées ainsi apparaissent de quelque façon sur l'état de leurs revenus et dépenses. C'est pourquoi, il importe au plus haut point d'assouplir les mécanismes de financement et d'y greffer des facteurs d'incitation, sous forme de sanctions. Car, l'amélioration du processus budgétaire constitue un élément majeur de la réforme proposée et, pour ainsi dire, la pierre de touche de tout accroissement de l'efficacité du régime de la santé. En contrepartie de cette liberté sur les décisions de gestion, il faut que les décisions relatives aux immobilisations et au développement des services respectent les objectifs d'une planification d'ensemble.

844. Nous divisons ce chapitre en deux parties. Dans la première, nous traitons des modes de financement et, dans la seconde, des méthodes de financement, c'est-à-dire de la manière dont les fonds sont acheminés vers les centres de santé, alloués aux diverses fins et soumis aux règles de contrôle et d'efficacité.

845. Notre analyse pose l'hypothèse que la plus grande part des dépenses dans le domaine de la santé est financée collectivement.

Celles-ci comprennent les dépenses relatives à la prévention, à l'hébergement, au diagnostic, au traitement ¹, à la réadaptation, à l'enseignement clinique, à la recherche et à l'hygiène du milieu. Elles comprennent également toutes les dépenses relatives à l'administration, au contrôle et à l'évaluation du régime de la santé ². La conception élargie que l'on se fait de l'hôpital rend inutile désormais le maintien des distinctions étanches entre services ou établissements relevant de la Direction générale de la psychiatrie et de l'hygiène mentale, de la Direction générale de l'assurance-hospitalisation, de la Commission des accidents du travail, de la Régie de l'assurance-maladie et du Service de médecine préventive ³. Le régime de la santé assume la distribution des soins dans leur ensemble, grâce aux centres de santé et à l'organisation des structures décrites précédemment.

846. Le financement public de la distribution des soins doit cependant tenir compte des « priorités » ou des exigences collectives dans d'autres services publics. Ainsi se pose le double problème du contrôle effectif des dépenses afférentes à la distribution des soins. D'une part, il faut assurer l'efficacité économique du régime, c'est-à-dire le maintien, au coût minimum, d'un niveau satisfaisant de distribution des soins; d'autre part, il faut respecter le choix des priorités à l'intérieur des programmes de soins, avec l'assurance que ce choix tienne compte des dépenses inéluctables et des exigences collectives. Or, les sciences de la vie sont de plus en plus en mesure, sur le plan technique, d'accomplir des prodiges, mais trop souvent, hélas, à un coût prohibitif, de sorte que la collectivité affronte des choix difficiles ⁴, qu'elle ne peut éviter.

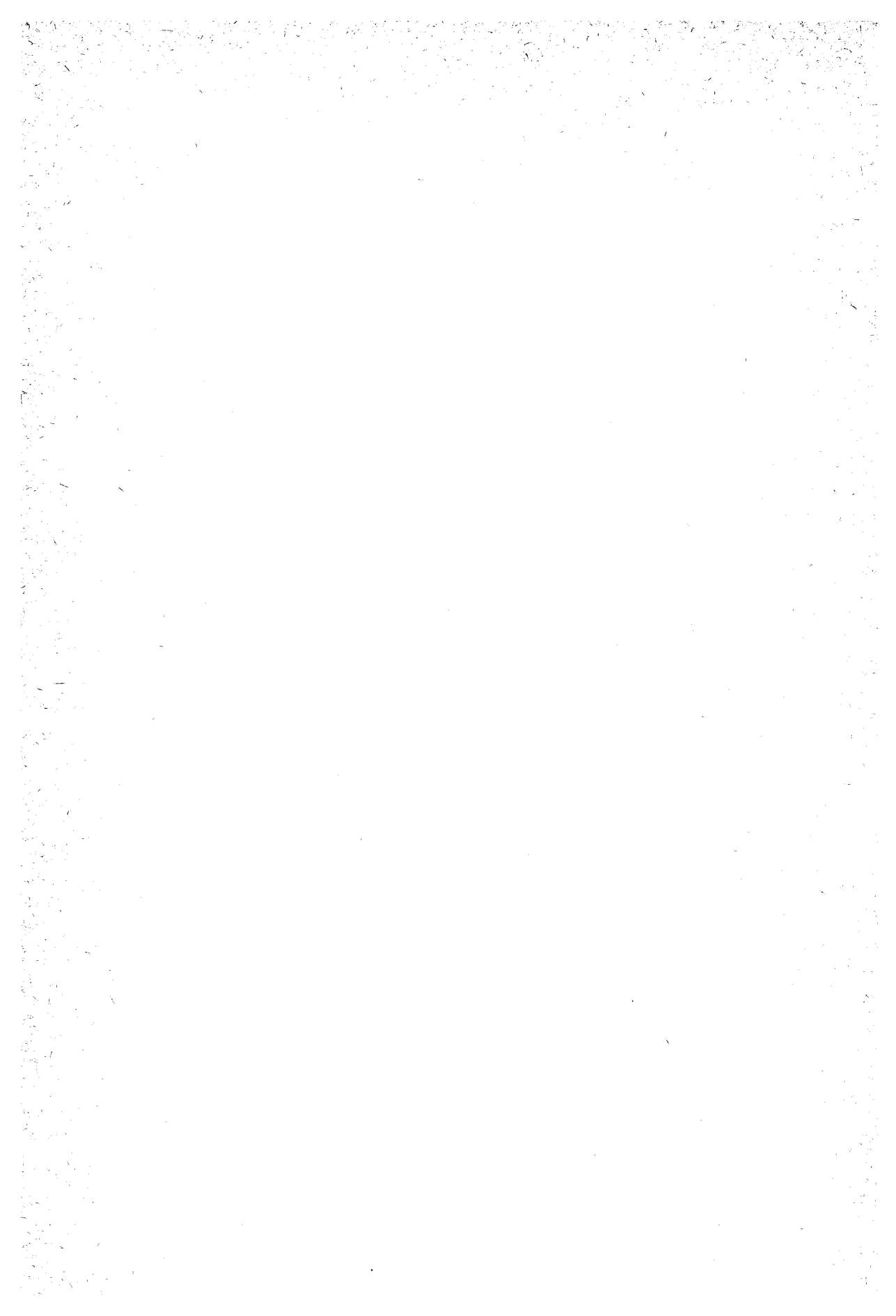
847. Sans être les seuls facteurs en jeu, les méthodes de financement contribuent ou nuisent à l'efficacité des centres de santé. Les méthodes de financement des établissements, et les règles qui en déterminent l'importance peuvent inciter considérablement les responsables à rendre leur gestion efficace et à prendre les décisions les plus conformes aux objectifs du régime.

¹ La mise en vigueur prochaine de l'assurance-maladie assure le financement collectif de la majeure partie des soins, à l'exception des médicaments et de certains types de soins. En outre, le régime ne couvre pas certains coûts indirects.

² L'État peut déléguer à divers organismes parapublics des fonctions de contrôle et d'évaluation du régime de la santé. Il doit alors financer et contrôler l'exercice de ces fonctions. Ce principe s'applique, par exemple, au Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec à qui il voudrait confier l'examen des dossiers médicaux.

³ Il n'est pas question dans ce chapitre des établissements à but lucratif relevant du ministère de la Santé. Nous abordons cette question dans le tome II du volume VII de notre rapport : *Les établissements à but lucratif*.

⁴ On a déjà calculé par exemple que le traitement de toutes les insuffisances rénales existantes en France absorberait le budget entier de la sécurité sociale.



Première partie

Les modes de financement

848. Sans doute, existe-t-il plusieurs modes possibles de financement des soins. À cause de son lien avec l'assurance, on peut recourir à des primes forfaitaires, que l'on combine, en certains cas, avec des subsides de l'État. Certains préféreront qu'on lie cette cotisation spécifique au revenu des individus, qu'on la prélève sur la masse salariale et qu'on exige une contribution de l'employeur et de l'employé. Enfin, comme c'est le cas actuellement, l'État peut assurer le financement intégral à même le budget général, c'est-à-dire par l'ensemble de ses ressources fiscales.

849. Les provinces canadiennes ont adopté, pour financer leur quote-part des frais du régime d'assurance-hospitalisation, soit un système de primes — c'est le cas de la Saskatchewan, du Manitoba et de l'Ontario — soit un financement à même le fonds du revenu général de la province : le Québec, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve adoptent cette mesure ¹.

850. Devant cette diversité de solutions possibles et face à l'importance des coûts de financement des soins, il convient de réexaminer le choix du mode de financement des régimes, et en particulier, celui de l'assurance-hospitalisation.

I. — UN FINANCEMENT DE TYPE MIXTE

851. Au moment de la mise en place d'un nouveau programme, la recherche des modes de financement se plie à des contraintes d'ordre pratique, telles l'incidence générale de la fiscalité sur les diverses classes de revenus et la nécessité pour l'État de diversifier ses sources de revenus. Règle générale, la nature même des services à fournir influence le choix des modes de financement.

852. À ce titre, une grande partie des services de l'État s'éloignent de la catégorie des biens publics « purs ² », et englobent des services

¹ L'Alberta utilise l'impôt foncier et réclame en plus des frais aux malades et la Nouvelle-Écosse utilise les revenus de la taxe de vente.

² Selon la définition qu'en a donnée Samuelson, le bien public « pur » est celui dont la consommation se fait sur une base collective ; la satisfaction qu'en tire chaque individu n'est pas soustraite de la satisfaction qu'en tire un autre individu. Voir P. A. Samuelson : « The Pure Theory of Public Expenditure », *Review of Economics and Statistics*, novembre 1954, pp. 387-389.

que l'individu assumait dans le passé par ses propres moyens. L'éducation, la santé, les loisirs, la planification familiale, la main-d'œuvre, l'assurance-récolte, et d'autres encore, sont des biens « mixtes », c'est-à-dire à la fois privés parce qu'ils offrent à chaque individu qui en jouit un certain degré de satisfaction, et publics parce que leur utilisation procure à la collectivité elle-même des avantages importants. La composante publique de ces biens varie selon le rapport entre les rendements sociaux et individuels.

853. L'intervention plus ou moins importante de l'État dans le domaine des services qui ont une composante « bien privé » témoigne de l'importance qu'attache la collectivité aux rendements sociaux de ces biens. De même, le mode de financement, qui détermine d'une certaine façon celui de l'intervention, fait ressortir l'importance sociale et individuelle accordée à la réalisation d'un droit et à la satisfaction d'un besoin essentiel.

854. La santé est un bien à la fois public et privé. Les services d'amélioration et de contrôle du milieu satisfont plus au plan collectif qu'au plan individuel. Si les soins personnels apportent un soulagement à l'individu qui les reçoit, ils comportent aussi des avantages importants pour une société en améliorant l'état de santé et en prévenant la maladie. Par contre, l'individu a, lui aussi, intérêt à se prémunir contre le risque de la maladie qui nécessite des soins coûteux et cause une diminution ou la perte des capacités intellectuelles ou physiques.

855. Dans son premier rapport¹, la Commission insiste sur l'aspect à la fois individuel et social de la maladie : l'adoption d'un régime universel d'assurance-maladie repose étroitement sur une conception sociale de la santé. Par contre, le mode de financement suggéré — régime mixte qui combine la contribution de l'État avec l'imposition d'une cotisation spécifique — tient compte des composantes publiques et privées de la santé.

856. On assure ce financement à la fois par une contribution du budget général de l'État et par une cotisation spécifique, sous la forme d'un impôt sur le revenu imposable, sujette à une limite maximale. Le gouvernement du Québec projette une modification majeure qui vise à ajouter à la cotisation spécifique la contribution de l'employeur prélevée sur la masse salariale. En outre, comme base de prélèvement

¹ Voir le volume I de notre rapport : *L'assurance-maladie*.

de l'impôt projeté, il retient le revenu net plutôt que le revenu imposable.

857. Il est évident que de nombreuses considérations d'ordre technique ou relevant de choix politiques influenceront l'adoption du mode de financement.

858. L'examen de la situation globale du régime de la santé nous incite à appliquer le même principe aux autres programmes du régime de soins, notamment à l'assurance-hospitalisation. Ces choix à faire justifient le recours à un impôt spécifique comme mode de financement du régime de la santé.

859. Vu l'importance des prestations de maladie, dont la nature se prête à l'utilisation des cotisations spécifiques, un mode de financement mixte présente, du point de vue pratique, des avantages importants tant au plan de l'efficacité du régime de la santé qu'à celui de l'allocation de l'ensemble des ressources publiques.

860. Les cotisations spécifiques permettent au contribuable d'identifier facilement le coût d'un service dans l'ensemble des dépenses publiques et son rythme d'augmentation. Plus conscient à la fois du coût des soins reçus et des avantages qu'il en retire, il y voit la contrepartie d'une imposition qu'il tend naturellement à juger excessive. Bien qu'elle soit peu significative en soi, l'information populaire, liée à d'autres mesures, encourage sa participation aux décisions concernant le régime. Elle peut aussi avoir, théoriquement, une influence plus directe sur l'efficacité générale car, devant la hausse constante du coût des soins curatifs, la population comprendra mieux, nous l'espérons, l'importance des soins préventifs.

861. Le financement du régime de l'assurance-hospitalisation s'effectue présentement par la voie fiscale; il ne représente donc pas un emploi nouveau des deniers publics. Toutefois, en raison de l'importance des sommes globales en cause et de leur rythme d'accroissement futur, nous proposons que des cotisations spécifiques remplacent une partie des revenus généraux de l'État actuellement affectés au financement du régime de soins hospitaliers.

862. Quant à l'allocation des ressources publiques, la diversification des modes de financement donne à l'État la liberté d'action nécessaire pour établir de nouveaux programmes, ou pour ajuster ses dépenses à la conjoncture économique. Jusqu'ici, le taux de crois-

sance des dépenses de la santé, bien supérieur à celui des revenus généraux, a réduit cette marge de liberté nécessaire à une allocation efficace des ressources ¹.

II. — LES COTISATIONS SPÉCIFIQUES

863. Pour le régime de soins hospitaliers, déjà financé intégralement par l'État, il convient de rechercher le ou les éléments du système fiscal actuel qu'on pourrait remplacer par des cotisations spécifiques.

A. — L'IMPÔT SUR LE REVENU

864. La première possibilité consiste à élargir l'impôt spécifique sur le revenu déjà prévu au titre de l'assurance-maladie. Toutefois, la Commission recommande le calcul de cet impôt sur le revenu imposable, plutôt que sur le revenu net, comme le propose le projet de loi sur l'assurance-maladie ². Cette disposition permet de tenir compte des exemptions personnelles et donne un caractère plus progressif à cet impôt.

865. Pour maintenir la valeur relative de l'impôt spécifique au financement des soins médicaux et des soins hospitaliers, on doit prévoir pour ceux-ci une cotisation approximativement double de celle qui est prévue pour les soins médicaux. Ainsi, selon la proposition gouvernementale d'un impôt de 0.8 pour cent du revenu net des particuliers pour le régime de soins médicaux, on fixe la cotisation au régime de soins hospitaliers à 1.6 pour cent du revenu net, et le

¹ La pratique de l'assignation des recettes d'un impôt spécifique à une « caisse » spéciale est souvent considérée comme illusoire. Sur le plan strictement financier, cette objection est fondée : dans la mesure où ce financement par recettes assignées n'est pas intégral ni limitatif, l'impôt spécifique n'est qu'une source de revenus parmi d'autres. En effet, le total des dépenses publiques consacrées à la santé ne dépend jamais de l'évolution des recettes ainsi affectées : si les recettes ne dépassent jamais le total des dépenses envisagées, l'excédent est nécessairement affecté à d'autres fins. De la même façon, si les recettes assignées de manière expresse au secteur de la santé sont insuffisantes, le budget général de l'État sert à combler la différence.

Ces remarques ne constituent pas une objection à un usage souple et délibéré de l'assignation des recettes. En effet, on reconnaît au départ que la détermination du niveau général des dépenses publiques afférentes à la santé et la détermination du total des recettes à percevoir par le moyen d'une contribution spécifique constituent deux décisions distinctes qu'il importe de trancher séparément selon leurs mérites propres.

² Projet de loi N° 8 soumis à la cinquième Session, vingt-huitième Législature, Québec, 1970.

taux global de l'impôt qui finance une partie importante des dépenses de distribution des soins atteint 2.4 pour cent ¹.

866. Par contre, le revenu imposable représente environ 50 à 80 pour cent du revenu net. Pour donner un rendement équivalent, le taux d'imposition basé sur le revenu imposable plutôt que sur le revenu net doit être relevé proportionnellement. Ainsi, un taux global de 3.9 pour cent sur le revenu imposable (1.3 pour cent pour les soins médicaux et 2.6 pour cent pour les soins hospitaliers) donnerait un produit équivalent à l'impôt global de 2.4 pour cent basé sur le revenu net.

867. Le financement, à l'exclusion du régime de soins médicaux, est déjà assuré. Cette suggestion consiste surtout à modifier le nom de l'impôt sous lequel on verse actuellement des sommes à l'État. La création de cet impôt spécifique donne lieu à un ajustement des contributions individuelles au titre de l'impôt général sur le revenu. Dans les cas où la cotisation pour l'assurance-hospitalisation est plus élevée que l'impôt sur le revenu, on accorde aux intéressés un crédit qui équivaut à la différence. Le tableau suivant fournit une illustration des contributions de cet impôt à un taux de 3.9 pour cent du revenu imposable dont les deux tiers servent au financement du régime de soins hospitaliers.

¹ D'après les prévisions effectuées par le ministère du Revenu pour le financement du régime de soins médicaux, un impôt de 1 pour cent sur le revenu net des particuliers permet de recueillir \$110 millions pour l'année fiscale 1970-1971. Un taux de 2.4 porte le produit de cet impôt à \$264 millions.

TABLEAU VII.2

Produit comparé d'un impôt calculé sur le revenu net et sur le revenu imposable des particuliers

| <i>Revenu net</i> | <i>Proportion du re- venu imposable par rapport au revenu moyen ¹</i> | <i>Revenu imposable moyen</i> | <i>Impôt de 0.8% (revenu net)</i> | | <i>Impôt de 0.8% (revenu imposable)</i> | |
|-------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|
| | | | <i>Montant</i> | <i>En % du revenu net</i> | <i>Montant</i> | <i>En % du Revenu net</i> |
| 4,500 | 0.500 | 2,250 | 36.00 | 0.8 | 18.00 | 0.40 |
| 5,500 | 0.540 | 2,970 | 44.00 | 0.8 | 23.76 | 0.43 |
| 6,500 | 0.577 | 3,750 | 52.00 | 0.8 | 30.00 | 0.46 |
| 7,500 | 0.647 | 4,850 | 60.00 | 0.8 | 38.80 | 0.52 |
| 8,500 | 0.656 | 5,580 | 68.00 | 0.8 | 44.60 | 0.53 |
| 9,500 | 0.687 | 6,530 | 76.00 | 0.8 | 52.24 | 0.55 |
| 12,500 | 0.722 | 9,020 | 100.00 | 0.8 | 72.16 | 0.58 |
| 17,500 | 0.783 | 13,700 | 125.00 | 0.8 | 109.60 | 0.63 |

Source : Ministère du Revenu national, Division de l'impôt : *Statistique fiscale, édition 1966*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, partie I, pp. 19-23.

¹ Estimation à partir des statistiques fiscales.

TABLEAU 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

| <i>Tranches de revenu</i> | <i>Revenu imposable moyen ¹</i> | <i>Impôt d'assurance-maladie</i> | | | <i>Crédit d'impôt</i> |
|---------------------------|--|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | <i>Soins médicaux 1.3%</i> | <i>Soins hospitaliers 2.6%</i> | <i>Total 3.9%</i> | |
| 4,000 - 5,000 | 2,250 | 29.25 | 58.50 | 87.75 | 58.50 |
| 5,000 - 6,000 | 2,970 | 38.61 | 77.22 | 115.83 | 77.22 |
| 6,000 - 7,000 | 3,750 | 48.75 | 97.50 | 146.25 | 97.50 |
| 7,000 - 8,000 | 4,850 | 63.00 | 126.00 | 189.15 | 126.00 |
| 8,000 - 9,000 | 5,580 | 72.54 | 145.08 | 217.62 | 145.08 |
| 9,000 - 10,000 | 6,530 | 84.89 | 169.78 | 254.67 | 169.78 |
| 10,000 - 15,000 | 9,020 | 117.26 | 234.52 | 351.78 | 234.52 |
| 15,000 - 20,000 | 13,700 | 125.00 | 250.00 | 375.00 | 250.00 |
| 20,000 et plus | | 125.00 | 250.00 | 375.00 | 250.00 |

Source : Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, volume I, L'Assurance-maladie, p. 107.

¹ Estimation à partir des statistiques fiscales.

B. — LA COTISATION DES EMPLOYEURS

868. Les employeurs participent actuellement au financement des soins, sous forme de contributions à des contrats de groupe qui assurent une partie des frais médicaux. Certains offrent en plus une assurance-revenu en cas de maladie. Le financement proposé par le gouvernement du Québec dans le cadre du nouveau régime de soins médicaux fixe cette cotisation à 0.8 pour cent de la masse salariale. De plus, les entreprises participent au financement des soins hospitaliers, médicaux et de réadaptation, par le truchement du régime des accidents du travail.

869. La Commission est d'avis que, dans l'avenir et avec l'instauration du régime universel d'assurance-maladie, on doit intégrer les soins donnés aux travailleurs accidentés au régime général de la santé. De même, il n'y a pas lieu de maintenir la Commission des accidents du travail comme organisme payeur distinct de la Régie de l'assurance-maladie, d'une part, et de la Direction générale de l'assurance-hospitalisation, d'autre part¹.

870. Dans cette optique globale du développement des programmes de soins, on envisage un élargissement progressif de la participation des employeurs, par rapport à celle qui a été prévue au cours de l'élaboration du régime de l'assurance-maladie.

871. Toutefois, en tenant compte du développement futur d'autres régimes d'assurance sociale, le taux de la cotisation ne doit pas dépasser, au début, le degré actuel de participation des entreprises qui contribuent effectivement au coût des assurances-maladie de groupe au bénéfice de leurs employés et au régime des accidents du travail. On appliquera ce même taux (proportionnel à la masse salariale) à toutes les entreprises, de manière à équilibrer les obligations financières entre les entreprises contributrices ou non contributrices.

872. Le tableau suivant fournit une indication sur le taux d'un tel prélèvement sur la masse salariale et indique, en pourcentage de la rémunération versée directement aux employés, pour chacune des provinces et pour l'ensemble du pays, l'importance de la contribution des employeurs à des régimes privés d'assurance-vie et d'assurance-maladie.

¹ La contribution de la Commission des accidents du travail au financement des soins hospitaliers et médicaux atteint annuellement entre \$12 et \$15 millions. Cependant, il faut ajouter à cette somme les montants que plusieurs entreprises, parmi les plus importantes, consacrent au financement des soins médicaux de leurs employés victimes d'accidents.

TABLEAU 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), et pourcentage de la rémunération totale, dans les régions du Canada, en 1967.**

| | |
|--------------------------------|----------|
| Atlantique | 1.55 |
| Québec | 1.73 |
| Ontario | 3.38 *** |
| Prairies | 1.66 |
| Colombie-Britannique | 1.54 |
| Canada | 2.5 |

Source : *Le Quotidien du B. F. S.*, 31 janvier 1969, pp. 2-3.

* Ces chiffres ne sont qu'une indication grossière du taux réel applicable. D'une part, ils reflètent les contributions aux régimes d'assurance-vie et par conséquent exagèrent l'importance de la contribution aux régimes d'assurance-maladie. D'autre part, ils constituent des moyennes pour l'ensemble des travailleurs de la fabrication, alors que certains d'entre eux ne bénéficient d'aucune contribution de la part de leur employeur; ce dernier facteur sous-évalue l'importance des contributions des employeurs qui les effectuent.

** La rémunération totale comprend non seulement la rémunération brute du travail réellement accompli, mais toute rémunération supplémentaire (congrés payés, primes, etc.) à l'exclusion, toutefois, des paiements de l'employeur à divers régimes publics (rentes, accidents du travail, assurance-chômage, etc.).

*** Le niveau élevé des prestations en Ontario reflète l'existence d'un régime général d'assurance-maladie auquel souscrivent les employeurs de cette province.

873. Dans l'ensemble, nous croyons que ces contributions (lorsqu'elles ont lieu) dépassent 1 pour cent de la masse salariale. À titre d'exemple, une cotisation des employeurs fixée à 1 pour cent produit environ \$110 millions, en 1970-1971; un taux de 1.5 pour cent donne \$165 millions.

874. Un prélèvement fiscal de cette nature tend à égaliser, pour tous les emplois et toutes les industries, les coûts des entreprises qui contribuent à un régime privé d'assurance-maladie.

III. — RÉPARTITION ENTRE LES COTISATIONS SPÉCIFIQUES ET LE BUDGET DE L'ÉTAT

875. Si importantes que soient les cotisations spécifiques, la contribution de l'État québécois au financement des dépenses pour la santé est loin d'être négligeable. Afin d'établir une relation significative entre le produit de ces cotisations et le coût des prestations,

et pour que ces sources de financement aient une incidence suffisante, il importe que les cotisations représentent une proportion assez élevée du financement.

876. Nous avons examiné les modes de financement des régimes de soins, sans établir une distinction entre les régimes de soins médicaux et de soins hospitaliers. Dans l'éventualité d'une imposition identique pour les deux régimes, il n'y a aucune raison de ne pas constituer une seule caisse spéciale.

877. Toutefois, il est clair que le budget général de l'État, plutôt que les cotisations spécifiques, continue de financer l'enseignement théorique et pratique des sciences de la santé, la recherche et les programmes d'hygiène du milieu. À cette fin, et quant aux dépenses courantes des centres de santé, soulignons la nécessité de faire la distinction entre l'enseignement et la recherche, d'une part, et la distribution des soins, d'autre part.

IV. — LE POUVOIR D'EMPRUNT ET LA DETTE HOSPITALIÈRE

878. L'emprunt constitue également un mode important de financement. Au 31 décembre 1967, les emprunts à long terme des hôpitaux atteignaient \$250 millions¹. La Direction générale de l'assurance-hospitalisation avait noté à la même date une dette de \$237 millions dans les hôpitaux relevant de sa compétence. Le tableau suivant indique la répartition de cette dette dans les régions économiques du Québec.

879. Une situation assez confuse existe actuellement à ce sujet, que nous avons mise en lumière dans une autre partie de notre rapport². En substance, dans la situation actuelle, les emprunts contractés par les hôpitaux constituent tout autant, et même plus, une dette de l'État provincial qu'une dette propre aux établissements. Pour les emprunts à long terme, ceux-ci doivent d'ailleurs obtenir une autorisation gouvernementale et des subventions pour le service de la dette.

880. Sans vouloir empiéter sur des questions relatives à la politique financière générale du gouvernement du Québec, il nous semble nécessaire de souligner que, dans le passé, on autorisait les hôpitaux

¹ Voir l'annexe 9 de notre rapport : *La situation financière des hôpitaux du Québec au 31 décembre 1967*.

² Voir le chapitre III du présent volume : « La situation actuelle du régime de la santé ».

TABLEAU 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

| Régions | Nombre d'hôpitaux concernés | | Dette totale en \$ millions | | Nombre de lits | | Dette par lit en \$ |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------|--------------------------------|-------|----------------|-------|------------------------|
| | | % | | % | | % | |
| 1. Gaspésie | 11 | 6.3 | 6,717.9 | 2.8 | 2,933 | 4.9 | 2,290 |
| 2. Saguenay | 8 | 4.5 | 22,206.0 | 9.4 | 2,941 | 4.9 | 7,550 |
| 3.A. Québec métropolitain | 17 | 9.8 | 40,124.8 | 17.0 | 10,173 | 16.9 | 3,944 |
| 3.B. Québec | 11 | 6.3 | 4,567.4 | 2.0 | 2,358 | 3.9 | 1,937 |
| 4. Trois-Rivières | 11 | 6.3 | 5,387.6 | 2.3 | 1,845 | 3.1 | 2,920 |
| 5. Cantons de l'Est | 17 | 9.8 | 20,909.2 | 8.8 | 4,384 | 7.3 | 4,769 |
| 6.A. Montréal Nord | 10 | 5.8 | 2,966.5 | 1.2 | 3,490 | 5.8 | 850 |
| 6.B. Montréal Sud | 10 | 5.8 | 6,017.8 | 2.5 | 1,817 | 3.0 | 3,312 |
| 7. Montréal métropolitain | 54 | 31.0 | 121,180.0 | 51.1 | 27,494 | 45.0 | 4,407 |
| 8. Outaouais | 7 | 4.0 | 984.4 | 0.4 | 866 | 1.4 | 1,137 |
| 9. Abitibi | 9 | 5.2 | 5,548.9 | 2.3 | 1,040 | 1.7 | 5,335 |
| 10. Côte Nord | 9 | 5.2 | 403.9 | 0.2 | 800 | 1.3 | 505 |
| <i>Totaux</i> | 174 | 100.0 | 237,014.4 | 100.0 | 60,141 | 100.0 | moyenne 3,319 |

à contracter des emprunts à long terme, afin de se constituer un fonds de roulements : cette pratique nous apparaît tout à fait inadmissible.

881. Il existe, en apparence du moins et dans la même sphère, une pratique selon laquelle les corporations publiques assument la responsabilité des emprunts nécessaires au financement de leurs projets d'immobilisations. Il en a toujours été ainsi pour l'Hydro-Québec¹, mais, suivant une politique récente adoptée par le gouvernement, les commissions scolaires régionales, les CEGEP et les universités doivent désormais trouver, avec l'approbation du gouvernement et moyennant des subventions de celui-ci, les fonds dont ils ont besoin sur le marché financier. L'analyse des effets de cette politique dépasse largement le mandat d'enquête de la Commission, et nous acceptons, en conséquence, la nécessité de situer le pouvoir d'emprunt à l'intérieur même du secteur de la santé. Nous sommes cependant tout aussi convaincus de la nécessité de définir avec plus de précision ce pouvoir et ceux qui y sont rattachés.

882. La planification régionale du régime de la santé est la principale tâche des organismes régionaux de santé (ORS) et l'exercice de cette fonction suppose un pouvoir réel de décision sur les immobilisations. Pour qu'il soit effectif, on doit réserver à l'ORS l'exclusivité du pouvoir d'emprunt par voie d'émission d'obligations et, comme corollaire à ce pouvoir, la consolidation des dettes à long terme grevant les hôpitaux doit coïncider avec la création des ORS et s'opérer en leur nom et à leur charge. Selon les statistiques du 31 décembre 1967, environ 75 pour cent du montant de la dette à long terme constitue la dette obligataire. On doit rembourser le quart du montant représenté par le capital et les intérêts avant 1970, tandis que 44 pour cent échoient après 1975 (tableau VII.6).

883. D'autres conséquences découlent également de l'attribution à l'ORS du pouvoir de décision en matière d'immobilisations et d'emprunt. En premier lieu, comme l'initiative des décisions relatives aux immobilisations relève désormais de l'ORS, il est opportun de retirer aux hôpitaux leur pouvoir d'expropriation pour le confier à l'ORS; cette mesure réduit avec avantage le nombre d'organismes de droit public qui disposent de ce pouvoir d'exception.

¹ L'Hydro-Québec jouit évidemment d'une situation particulière puisque ayant des revenus propres, le service de la dette ne dépend pas de subventions du gouvernement du Québec; en outre, l'Hydro-Québec dispose d'actifs ayant une valeur commerciale.

884. En second lieu, comme les immeubles servent ordinairement de gage au remboursement des emprunts, la législation doit prévoir, au bénéfice des ORS, soit un pouvoir d'emprunt non assujéti à cette exigence, soit une procédure qui permette à l'ORS d'obtenir sans difficulté ni délai la coopération des centres hospitaliers qui resteront toujours propriétaires des installations matérielles.

885. Il convient de rappeler à ce sujet que la subvention gouvernementale pour le paiement des intérêts et le remboursement du capital constitue la condition essentielle de l'émission des obligations. En regard de cette subvention et en supposant qu'elle soit obtenue, la garantie hypothécaire n'ajoute strictement rien, car les milieux financiers croient que les immeubles, qui sont la propriété des hôpitaux (à l'exception du cas assez peu important de terrains vagues), n'ont presque aucune valeur commerciale, le seul acheteur éventuel étant le gouvernement¹.

886. Les arrêtés en conseil qui autorisent les emprunts hospitaliers et accordent la subvention gouvernementale prévoient le remboursement du capital et le versement des intérêts « à même les sommes votées à cet effet par l'Assemblée nationale » et non pas à même le fonds consolidé. C'est en vertu de cette disposition d'ordre technique que le gouvernement exclut les dettes des hôpitaux du total de sa dette indirecte. La garantie « morale » est cependant tout à fait réelle. Toutefois, pour compenser sur le plan juridique la fragilité de cette garantie, deux éléments ont une certaine importance psychologique, pour les prêteurs :

- a) par acte de fiducie, on transporte la créance gouvernementale de l'hôpital à une société de fiducie qui reçoit ainsi annuellement, pour distribution aux détenteurs de titres, les fonds destinés au paiement des intérêts et au remboursement du capital. Même si cette société n'agit que comme intermédiaire et ne s'engage pas, évidemment, à effectuer elle-même ces

¹ Dans la situation actuelle, l'addition de la garantie hypothécaire constitue largement une clause de style traditionnel. Jusqu'en 1965, la Loi (fédérale) des compagnies d'assurance canadiennes et britanniques exige la garantie hypothécaire pour rendre accessibles, au portefeuille de ces compagnies, les titres des hôpitaux. Le 4 mars 1965, un amendement supprime la nécessité de la garantie hypothécaire (13-14 Élisabeth II, chap. 123) pour les emprunts garantis par les gouvernements des provinces et effectués par des « corporations charitables, philanthropiques et éducatives ». Les hôpitaux ne sont pas mentionnés nommément, mais on suppose qu'ils font partie des « corporations charitables » selon l'acception traditionnelle de l'expression. En pratique, la portée de cet amendement est assez négligeable parce que — comme nous le verrons plus loin — les compagnies d'assurance achètent peu ou n'achètent pas les obligations des hôpitaux.

TABLEAU VII.6

Échéancier de la dette obligataire des hôpitaux généraux publics au 31 décembre 1967

| | <i>Nombre d'hôpitaux</i> | <i>Montant de la dette \$000</i> | <i>Montant (principal et intérêt) \$000</i> | <i>Dû avant 1970 \$000</i> | <i>Dû entre 1970 et 1975 \$000</i> | <i>Dû après 1975 \$000</i> |
|--|------------------------------|--|---|------------------------------------|--|------------------------------------|
| Dette supérieure à \$5 millions | 14 | 125,085 | 189,383 | 34,487 | 61,158 | 93,738 |
| | | | 100 | 18 | 32 | 50 |
| Dette supérieure à \$1 million et inférieure à \$5 millions | 18 | 39,638 | 50,785 | 19,395 | 16,388 | 15,002 |
| | | | 100 | 38 | 32 | 30 |
| Dette inférieure à \$1 million | 17 | 6,224 | 7,623 | 2,975 | 3,188 | 1,461 |
| | | | 100 | 39 | 42 | 19 |
| Total | 49 | 170,947 | 247,791 | 56,857 | 80,734 | 110,201 |
| Dette obligataire | | | 100 | 23 | 33 | 44 |

Source : Renseignements obtenus au moyen d'un questionnaire financier envoyé aux hôpitaux. Voir l'annexe 9 de notre rapport.

paiements en cas de non-paiement des subventions, son crédit contribue peut-être à attirer des souscriptions;

- b) la garantie hypothécaire sert, au cas où la Législature ne vote pas les crédits nécessaires, à exercer une pression sur le gouvernement par la menace de procédures de vente pour dette; une telle éventualité ne manquerait pas d'embarrasser le gouvernement.

887. Des enquêtes auprès des prêteurs révèlent que, beaucoup plus que ces deux considérations, une longue tradition de respect des engagements facilite la mise en marché des titres de ce genre.

888. L'exclusion de la dette hospitalière de la dette indirecte de l'État provincial nous paraît une manière plutôt discutable de procéder, car dès que l'État assume en totalité le financement du régime de la santé, rien ne justifie alors de dissimuler les faits.

889. L'emprunt par voie d'émission d'obligations constitue le mode normal de financement des dépenses d'immobilisations. Il découle de cette situation que l'étude des modalités d'exercice du pouvoir d'emprunt peut faire partie d'une analyse ultérieure qui porte sur la détermination des dépenses d'immobilisations¹.

890. On doit accorder aux ORS une subvention spéciale annuelle pour le service de la dette des centres de santé, déterminée selon le loyer moyen des obligations émises par l'ensemble des ORS au cours d'une période de temps². Chacun de ceux-ci est responsable devant le gouvernement et les centres de santé, du service d'une dette substantielle, dont une portion seulement échoit chaque année. Le loyer moyen des titres émis varie donc lentement avec le marché, à peu près au même rythme que cette moyenne mobile.

L'IMPÔT RÉGIONAL

891. La création d'ORS, auxquels l'État délègue une partie de ses pouvoirs, soulève la question d'un impôt régional comme mode de financement de rechange complémentaire des autres modes énumérés jusqu'ici.

¹ Voir *infra*, par. 897-908.

² Le loyer moyen évolue au gré de la situation économique à la manière d'une moyenne mobile s'étendant sur un nombre d'années égal à l'échéance moyenne des titres émis par ces organismes.

TABLEAU VII.7

Répartition par régions économiques des revenus déclarés et de l'impôt fédéral des particuliers, en 1966

| | Population * | % | Revenu déclaré pour fins d'impôt en 1965 \$000 | Revenu par personne ayant produit une déclaration | Impôt fédéral des parti- culiers en 1966 \$000 | % |
|---------------------------------|--------------|-------|---|--|--|-------|
| 1. Gaspésie — Rive Sud | 389,400 | 6.7 | 227,614 | 3,002 | 11,695 | 2.2 |
| 2. Saguenay — Lac Saint-Jean | 267,700 | 4.6 | 230,022 | 3,740 | 13,704 | 2.6 |
| 3. Québec | 701,000 | 12.1 | 801,215 | 3,857 | 51,826 | 9.7 |
| 4. Trois-Rivières | 304,400 | 5.3 | 311,777 | 3,660 | 18,695 | 3.5 |
| 5. Cantons de l'Est | 484,700 | 8.4 | 485,414 | 3,546 | 28,759 | 5.2 |
| 6. Montréal (nord et sud) . . . | 798,000 | 13.8 | 845,151 | 3,678 | 56,003 | 10.5 |
| 7. Montréal métropolitain . . . | 2,354,700 | 40.7 | 4,186,834 | 4,507 | 319,461 | 60.0 |
| 8. Outaouais | 198,500 | 3.4 | 224,621 | 3,777 | 14,116 | 2.6 |
| 9. Abitibi-Témiscamingue . . . | 175,000 | 3.0 | 163,005 | 3,756 | 10,009 | 1.9 |
| 10. Côte Nord — Nouveau Québec | 107,700 | 1.9 | 145,560 | 4,654 | 8,754 | 1.6 |
| <i>Total</i> | 5,780,800 | 100.0 | 7,621,213 | 4,097 | 532,022 | 100.0 |

Sources : Ministère de l'Industrie et du Commerce, Bureau de la statistique du Québec : *Annuaire du Québec 1968-1969*, Éditeur officiel du Québec, Québec, pp. 810-811 et ministère du Revenu national, Division de l'impôt : *Statistique fiscale, édition 1966, op. cit.*

* Pour les statistiques démographiques, voir l'appendice 1 intitulé : « Les prévisions de population », de l'annexe 8 de notre rapport.

892. En dépit du fait que le recours à un mode de financement régional confirmerait la décentralisation du régime et le pouvoir de décision de l'ORS, il ne nous apparaît point opportun de retenir cette possibilité, pour des raisons de principes et des raisons techniques.

893. Sur le plan des principes, tant qu'on n'intègre pas les ORS à de véritables gouvernements régionaux élus, il est normal que l'État les finance. Celui-ci reste en définitive le seul responsable auprès de la population de la gestion de ses fonds par tous les organismes auxquels il délègue des pouvoirs de décision.

894. Sur le plan technique, les disparités entre les régions sanitaires¹, tant au point de vue des ressources financières que des installations et des soins disponibles, provoquent une situation dans laquelle l'impôt régional devient marginal, si on le compare aux sources provinciales de financement sur lesquelles s'appuie le financement des programmes de soins (tableau VII.7).

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

4.VII.109. *QUE soit établi un impôt dit d'assurance-maladie², 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*

¹ 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 ».

² L'expression « assurance-maladie », prise ici dans son sens large, comprend les régimes de soins.

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.*

Deuxième partie

Les méthodes de financement

895. Après avoir décrit les principaux modes de financement, il faut exposer les principes et les modalités selon lesquels on doit prendre les décisions relatives à l'utilisation des fonds disponibles. Une étude des méthodes et des processus selon lesquels on établit les grandes composantes des dépenses s'impose si l'on veut déterminer le total des revenus que les sources de financement doivent assurer.

896. Pour expliquer et analyser le processus de cette détermination, nous exposerons d'abord l'optique dans laquelle la Commission voit le partage des responsabilités de décision en matière d'immobilisations entre le gouvernement du Québec et les ORS. Ensuite, nous analyserons en détail le processus budgétaire qui détermine les dépenses de fonctionnement des centres de santé.

I. — LE FINANCEMENT DES IMMOBILISATIONS

897. On divise en quatre catégories les décisions relatives au financement des immobilisations, selon qu'elles touchent l'un ou l'autre des aspects suivants :

- la totalité des dépenses à engager durant l'année;
- le mode de financement par subventions directes de l'État ou par emprunts contractés par les ORS;
- l'amortissement de la dette obligataire : par subventions directes de l'État ou par de nouveaux emprunts;
- la répartition régionale des autorisations de dépenses et d'emprunts.

898. Il ne fait pas de doute que l'État se réserve le dernier mot sur le total des dépenses d'immobilisations à engager au cours d'une année, car celles-ci constituent une addition nette aux ressources déjà nécessaires au fonctionnement normal du régime de la santé. Toutes souhaitables qu'elles paraissent, les dépenses d'immobilisations sont, par définition, des dépenses compressibles et qu'il peut même être inévitable de différer pour des raisons liées à la disponibilité des ressources. Ceci est d'autant plus important qu'elles déterminent un

accroissement des dépenses d'exploitation pour une période indéterminée. Par contre, au moment de prendre ces décisions, on doit aussi tenir compte de certains investissements propres à améliorer la productivité des services existants.

899. Il appartient aussi à l'État de déterminer l'importance relative du recours à la fiscalité et à l'emprunt dans le financement des dépenses engagées. Cette prérogative découle clairement de la nécessité du contrôle étatique de la fiscalité. Il est impensable que les ORS, qui empruntent au bénéfice des établissements hospitaliers, utilisent ce pouvoir à leur gré et sans autorisation préalable ¹.

900. Parmi les obligations de nature capitale auxquelles ont à faire face les ORS figure le remboursement des titres échus. En conséquence, l'État doit alors choisir le mode de remboursement : subvention directe de sa part, ou nouvel emprunt contracté par l'ORS.

901. La répartition, entre les régions, des autorisations de dépenses et d'emprunts présente de plus grandes difficultés. Des critères objectifs et bien définis s'imposent, qui s'appuient sur les buts mêmes du régime de la santé. Afin de procurer à tous des soins de qualité et faciles d'accès, le régime de la santé évite et élimine progressivement les disparités régionales, et cherche à améliorer l'état de santé de toute la population du Québec.

902. Ainsi, les besoins d'immobilisations d'une région donnée dépendent en partie, non seulement de la densité de sa population et de l'état général de son équipement de santé, mais aussi de l'écart existant entre les régions ou sous-régions. La planification régionale du régime de la santé présuppose l'existence, au ministère, d'une politique de la santé qui précise les normes spécifiques et les priorités. C'est dans ce cadre déterminé qu'il appartient à chaque ORS, en collaboration avec le ministère, de définir pour sa région un programme de développement à moyen terme. Ce programme de projets précis et détaillés doit couvrir une période de cinq années. Par contre, la planification de l'équipement exige des prévisions plus larges qui couvrent au moins une décennie.

903. Il est évident que l'assentiment donné par le ministère à un tel plan ne constitue nullement une autorisation de dépense ou une promesse exécutoire de financement. Toutefois, un tel accord est in-

¹ Sans doute, les ORS, comme tout emprunteur, seront-ils soumis aux conditions du marché des capitaux. Mais étant en mesure collectivement de faire absorber par l'État l'effet des conditions qu'ils y trouvent, l'État y voit bien peu de garantie.

dispensable pour évaluer les besoins relatifs des différentes régions, et répartir ainsi les autorisations financières entre elles.

904. Après l'approbation du ministère, et avec les autorisations financières pour les dépenses à engager au cours de l'année, il appartient à chaque région de décider elle-même de la programmation de son développement, selon sa position relative par rapport à l'ensemble des besoins de la province. La région détermine ses projets prioritaires, leur échelonnement dans le temps, ainsi que leurs modalités particulières, telles que la localisation et la responsabilité des établissements de la région dans la mise en place de nouveaux programmes.

905. À leur tour, les centres de santé contribuent à l'élaboration du plan par leur représentation au sein de l'ORS. Ils conservent toutefois l'initiative d'élaborer les programmes de développement de leurs services qu'ils soumettent à l'ORS et qu'ils conforment aux besoins et priorités de leur secteur.

906. Afin d'éviter de multiplier les installations existantes déjà dans la région, il est essentiel que les universités qui songent à accroître ou à diversifier leur matériel d'enseignement clinique fassent approuver leurs projets par l'ORS.

907. En dépit de normes objectives pour déterminer les besoins, le ministère doit coordonner la programmation régionale dans les limites des crédits financiers globaux mis annuellement à la disposition du secteur de la santé. Dans l'affectation annuelle de ces crédits le ministère respecte l'ordre de priorité relative des projets que chaque ORS élabore et qu'il réalise annuellement. Si le ministère, en dernier ressort, joue constamment le rôle d'arbitre et tranche le problème du partage à l'intérieur des régions, l'autonomie régionale dans l'élaboration du plan à long terme et la programmation des projets ne sont que vains mots.

908. Afin d'informer le public et de l'éclairer sur l'usage que le gouvernement fait de son pouvoir en matière d'immobilisations, il est indispensable que le ministre de la Santé publie annuellement les décisions prises à ce sujet et qu'il consigne dans son rapport les motifs qui les ont inspirées, compte tenu des objectifs du plan de développement des services de chaque région et de l'état le plus récent des programmes d'immobilisations proposés par les ORS eux-mêmes et agréés par le gouvernement.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

- 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.*

II. — LE FINANCEMENT DES DÉPENSES COURANTES

A. — L'ASSURANCE-HOSPITALISATION : LES LEÇONS DE L'EXPÉRIENCE

909. Nous savons que, depuis une vingtaine d'années, le coût de l'hospitalisation a subi un peu partout une hausse spectaculaire. Même en tenant compte de l'inflation générale des coûts et des prix durant la même période, il demeure que le coût de l'hospitalisation s'élève plus rapidement encore que ne l'a fait l'ensemble du coût de la vie. Face à cette situation, on attire avec raison l'attention sur les progrès des sciences de la santé et des techniques thérapeutiques. On rappelle que la prise en charge par l'État du financement des soins hospitaliers permet d'établir dans le secteur de la santé des normes plus comparables à celles qui sont généralement en usage¹. On fait état de l'incidence de l'amélioration du niveau de vie et du niveau d'éducation sur la demande de soins. Tous ces facteurs ont indiscutablement joué un rôle, mais ils restent insuffisants pour expliquer l'am-

¹ Par exemple, les établissements hospitaliers, œuvres privées et charitables à l'origine, offraient des salaires parfois fort inférieurs à ceux des autres secteurs comparables.

pleur de la hausse des coûts de l'hospitalisation. Par exemple, le secteur de la santé semble être le seul où l'on observe certains phénomènes qui sont à l'inverse de ce qu'il est raisonnable d'attendre : ainsi, le progrès scientifique en médecine entraîne une hausse des coûts et, souvent, plus le prix des soins spécialisés augmente, plus est grande l'utilisation qu'on en fait.

910. Ces observations indiquent l'existence de facteurs, liés à l'organisation et au financement du système de distribution des soins, qui ont favorisé ou toléré la hausse des budgets. C'est sur ceux-là que nous voulons insister davantage.

1. — LES FACTEURS D'INCITATION À LA HAUSSE DES COÛTS

911. Nous avons déjà mentionné des facteurs liés à l'organisation et au financement du régime de soins hospitaliers qui ont contribué à la hausse générale des budgets¹ :

- le manque d'organisation du régime de la santé et l'intervention trop discrète de l'État dans l'organisation du régime ;
- le rattrapage dans les salaires dû à l'intervention publique dans le financement et à la syndicalisation des employés ;
- l'évolution des modes collectifs de financement qui a d'abord favorisé l'hospitalisation, au détriment de modes de soins moins coûteux² ;
- les modes de financement des dépenses courantes qui poussent l'hôpital à réaliser une utilisation quantitative maximale de ses services, tels l'hébergement, les services de radiologie, etc.

912. Ces deux derniers facteurs ne permettent l'accès qu'à certains modes de soins et favorisent le développement des éléments les plus coûteux du régime.

913. Outre ces facteurs qui contribuent à une utilisation coûteuse des ressources du régime de la santé, ou favorisent la hausse du prix des soins, on décèle aussi, dans l'organisation du régime, des influen-

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

² Les régimes privés d'assurance comportent également cette caractéristique de ne couvrir que les risques majeurs et de contrôler étroitement l'utilisation qu'en fait l'assuré. Ainsi, ils couvrent rarement le coût entier d'un séjour à l'hôpital et leurs effets sur les coûts sont moins significatifs.

ces qui, sans jouer à proprement parler un rôle déterminant, favorisent quand même la hausse des coûts et encouragent indirectement l'inefficacité.

2. — LES FACTEURS DE TOLÉRANCE DE LA HAUSSE DES COÛTS

914. Le mécanisme de contrôle utilisé par les gouvernements constitue en soit une méprise dans l'objectif poursuivi et dans les moyens utilisés.

a) Méprise dans l'objectif du contrôle

915. Deux raisons nous amènent à affirmer qu'il y a méprise dans l'objectif du contrôle. D'une part, ce mécanisme dans sa forme actuelle ignore l'objectif, la nature et le caractère professionnel de la distribution des soins. D'autre part, le système de contrôle néglige totalement, même au niveau des objectifs, l'aspect d'efficacité du régime de la santé. Son seul but est de limiter les dépenses.

916. Il est certain que le contrôle des dépenses dans le domaine de la santé pose à tout gouvernement un problème très délicat. Comme les hôpitaux possèdent une personnalité juridique distincte de l'État, même un financement étatique presque exclusif ne peut réussir à placer le centre de santé dans une position identique à celle d'une administration ministérielle¹. Outre cette complication institutionnelle, il s'en trouve une autre, plus significative. Elle tient au caractère professionnel de la distribution des soins. Le contrôle administratif de l'activité professionnelle est difficile, puisqu'il ne porte pas directement sur la nature de l'activité.

917. Dans la définition des règles de contrôle des budgets, les gouvernements ne tiennent pas compte de ces limites. Les mécanismes actuels d'approbation des dépenses représentent un effort de contrôle centralisé qui utilise des normes limitatives rigoureuses destinées à encadrer la délégation administrative des responsabilités². Les

¹ C'est la raison pour laquelle les modes de contrôle employés dans les administrations ministérielles conviennent si mal aux hôpitaux. L'exemple caricatural suivant, fort connu et pour ainsi dire classique, l'illustre assez bien : à la suite de la rupture d'un tuyau dans l'hôpital X, le ministère exigea des plans et devis détaillés avant de donner l'autorisation de réparer le tuyau. Reconnaisant, cependant, l'urgence de la situation, il permit à l'hôpital d'engager deux personnes pendant un mois pour éponger l'eau !

² Les normes limitatives s'inspirent d'une longue tradition dans le contrôle des dépenses publiques. L'approbation et la limitation des crédits budgétaires sont, à l'origine, des éléments importants du contrôle politique. À cet usage s'ajoute une fonction administrative : les crédits budgétaires deviennent le véhicule de la délégation administrative des pouvoirs au sein de l'administration publique.

gouvernements doivent plutôt définir des règles de dépenses optimales qui orientent une gestion efficace du régime de la santé. Les centres de santé doivent être libres de prendre toutes les décisions relatives à la gestion, c'est-à-dire à l'utilisation des ressources. Puisque la détermination de règles de dépenses optimales permet d'évaluer des résultats, le contrôle s'exerce alors à travers des mécanismes de gestion.

918. Les limitations budgétaires par l'usage d'une seule norme visent un objectif strictement financier. Le respect de cette norme ne représente pas la meilleure pratique, mais tout simplement la limite admise ou tolérable et elle force une catégorie de centres de santé à dépenser moins et permet à une autre de dépenser plus. Rien cependant dans le choix des normes n'indique que la première catégorie compte des centres où le rendement est le plus faible, ni que la seconde groupe ceux où le rendement est le plus élevé. Le contrôle budgétaire traditionnel ne s'attache qu'aux implications strictement financières de la distribution des soins et relègue à l'arrière-plan les implications de coûts, de rendement et d'efficacité.

b) Méprise dans les moyens de contrôle

919. La confusion dans l'objectif du contrôle budgétaire se transpose naturellement au niveau des moyens de contrôle utilisés.

920. En premier lieu, rappelons ici la pratique courante qui procède, au niveau des autorisations budgétaires, à des coupures en pourcentage générales et uniformes. Cette pratique suppose deux hypothèses : soit qu'il existe une part d'inefficacité facile à réduire; soit que les administrateurs puissent modifier le niveau ou l'éventail des soins offerts. Dans un cas comme dans l'autre, on ne peut admettre ces réductions. En effet, dans le premier cas, on ne fait pas la distinction entre les unités bien administrées et celles qui ne le sont pas; dans le second cas, on doit par la même occasion spécifier les types de programmes à sacrifier.

921. Cette pratique engendre d'ailleurs dans les administrations hospitalières un ajustement qui surévalue les activités et les dépenses de façon à éviter l'effet de la coupure et, par la suite, à s'assurer que le budget est bel et bien dépensé.

922. En second lieu, on conteste les normes elles-mêmes qui visent directement l'utilisation des ressources, comme le personnel, les installations, les fournitures et le matériel divers, sans jamais s'étendre au résultat de l'activité à laquelle on destine ces ressources.

923. Jusqu'à maintenant les hôpitaux préparent leur budget pour approbation par le ministère de la Santé, à l'aide de l'édition annuelle du *Manuel des coûts unitaires et des salaires comparatifs*, préparée par le même ministère. Or, ces coûts unitaires ne se rapportent pas aux coûts des soins — le coût d'une opération, le coût d'un traitement en physiothérapie ou en consultation externe — mais plutôt au coût des ressources utilisées dans la distribution des soins : médicaments, fournitures médicales, salaires. Ces coûts découlent d'une norme qui fixe la quantité de ressources (le personnel) ou encore de l'emploi moyen d'une ressource (médicaments, fournitures médicales). De plus, en consultant ces normes, on constate que le budget ainsi normalisé (qui correspond à environ 90 pour cent des dépenses de la Direction générale de l'assurance-hospitalisation) dépend de façon prépondérante et en définitive du taux d'occupation des lits de chaque hôpital; plus le taux s'élève, plus les dépenses admissibles, et donc acceptées par le ministère, augmentent ¹.

924. Il est évident que ces normes fixent directement la nature et l'emploi des ressources à utiliser et font dépendre le financement du taux d'occupation des lits, n'incitent pas l'administration hospitalière à rechercher une meilleure productivité. En définitive, le mécanisme de contrôle en vigueur est incapable de détecter, encore moins d'encourager l'efficacité des centres de santé.

925. À la suite d'un séjour dans le milieu hospitalier canadien, un spécialiste des questions de la productivité des hôpitaux tire d'une analyse du processus budgétaire les conclusions suivantes :

This approach to budgeting control leaves only one door opened for the administrator if he is to meet the needs of a dynamic organization, namely, that of convincing those in charge of finances that additional funds are

¹ On groupe les normes en vigueur en quatre catégories selon qu'elles concernent :

- i) *les fournitures médicales et chirurgicales* : ces normes, qui établissent des distinctions entre les hôpitaux suivant leur taille, l'existence ou non d'une affiliation universitaire ou encore le type de malades hospitalisés, reposent sur le nombre de jours/malades, sans distinction entre les types de soins;
- ii) *les médicaments* : ces normes sont comparables aux précédentes;
- iii) *les autres fournitures et dépenses* : ces normes sont également comparables aux précédentes, si ce n'est qu'on considère séparément chaque service (soins infirmiers, alimentation, blanchissage, etc.);
- iv) *les salaires bruts* : ces normes sont doubles. D'une part, on recourt, pour chaque catégorie d'employés, à des taux moyens de salaire, sujets à un rajustement en fonction des salaires versés conformément aux échelles des conventions collectives. D'autre part, on détermine les besoins en personnel au moyen de normes basées sur divers critères. Ainsi, pour le personnel de soins infirmiers ou celui des salles d'opération ou d'accouchement, le critère en usage est le nombre de jours/malades, comme dans les autres cas, ou encore le nombre d'opérations. Dans d'autres services, tels la radiologie, les laboratoires, l'alimentation et la buanderie, les critères reflètent le taux d'utilisation des lits.

necessary. To make a case for an increased budget, for the following years, an administrator is much better off if he can show either that all funds budgeted were used, or that it was necessary to overspend to achieve objectives¹.

926. Il importe enfin de souligner que le mécanisme de contrôle se révèle également inefficace dans la limitation des dépenses parce qu'il ne prévoit aucune sanction. Parmi les administrateurs consultés², plusieurs admettent qu'ils administrent leur budget d'après les dépenses estimées plutôt que d'après les dépenses approuvées, parce que, de toute façon, le gouvernement accorde les ajustements nécessaires de fin d'année.

927. À notre avis, dans un régime où l'assurance-hospitalisation couvre les hôpitaux, la responsabilité ultime de l'État pour toutes les dépenses encourues (même celles qui le sont sans les approbations budgétaires nécessaires) rend illusoire toute espèce de contrôle des dépenses, si celui-ci ne prévoit pas des sanctions à l'endroit des centres de santé à responsabilité déléguée. Les sanctions du régime actuel qui retardent les ajustements pour dépenses non admissibles, ou qui n'ont pas été approuvées, pénalisent en définitive l'État lui-même car il doit financer ces dépassements par des fonds de roulement qui finissent par s'épuiser et par des emprunts onéreux aux banques, dont le remboursement incombe en fin de compte au Trésor québécois.

928. Toutes les administrations publiques évoluées ont, tôt ou tard, compris cette leçon et c'est pourquoi, pour assurer le respect des autorisations budgétaires limitatives, elles estiment nécessaire de contrôler l'administration du budget *ex ante*, c'est-à-dire au moment d'engager des dépenses, ou avant de les faire. Dans ce cas un visa du contrôleur des dépenses, responsable personnellement envers le ministre des Finances, est indispensable³.

929. Sans doute, l'extension aux hôpitaux des règles de contrôle financier applicables aux administrations ministérielles présente-t-elle des difficultés juridiques et politiques. Il n'en demeure pas moins

¹ Extrait de J. J. Jehring, dans *Trustee*, septembre 1968, vol. 21.

² Voir l'annexe 9 de notre rapport.

³ Les administrations publiques de divers pays connaissent des variantes multiples mais ne font point d'exception à cette règle. À certains moments et dans certains pays (l'administration fédérale canadienne avant 1932 en est un exemple), on a fait seulement l'expérience d'un contrôle *ex post*, c'est-à-dire d'une inspection des finances postérieure à l'exécution des dépenses; la situation financière du gouvernement dans de tels cas n'est pas sans analogie avec la situation présente des budgets hospitaliers au Québec.

que ce type de contrôle *ex ante* est essentiel à l'efficacité du système budgétaire traditionnel appliqué au secteur hospitalier. S'il apparaît à juste titre impossible à appliquer, nous voyons là une raison de plus pour juger inopportune l'application aux hôpitaux du système budgétaire traditionnel d'autorisation de la dépense. Non seulement choisit-on mal l'objectif à atteindre, mais encore veut-on utiliser un moyen impossible à appliquer en raison de la nature des établissements en cause¹.

B. — LES PRINCIPES D'UNE RÉFORME DU CONTRÔLE BUDGÉTAIRE

930. Dans les circonstances actuelles, le gouvernement du Québec ne dispose que des deux solutions suivantes pour améliorer la gestion financière du régime de la santé :

- a) il peut s'efforcer de rendre plus rigoureux le contrôle à exercer. À cette fin, il est essentiel de mettre en place un mécanisme d'approbation *ex ante* de toutes les dépenses et de tous les engagements de dépenses du secteur, sous la direction d'un fonctionnaire délégué du ministère de la Santé, probablement en poste dans chaque centre de santé;
- b) il peut juger préférable de modifier l'objectif de son contrôle en le faisant porter spécifiquement sur les résultats. Dans ce cas, les centres de santé jouissent d'une certaine autonomie qui leur permet de choisir eux-mêmes les moyens d'atteindre ces résultats et leur responsabilité consiste à atteindre et à respecter une norme de rendement définie objectivement.

931. Dans l'un et l'autre cas, il faut prévoir des ajustements pour rendre ces deux modes de contrôle financier compatibles avec le domaine particulier d'application du secteur de la santé. Mais, il ne s'agit que d'adaptations marginales car, en définitive, il n'existe pas, pour des établissements qui dépendent financièrement de l'État, de moyen terme entre, d'une part, le contrôle direct de celui-ci et, d'autre part, l'autonomie administrative.

932. Les mécanismes actuels de contrôle favorisent indubitablement la première solution. Mais un contrôle direct de l'État sur la

¹ L'arrêté en conseil N° 874 du 29 mars 1968, quoiqu'il constitue un resserrement marqué des règles d'interprétation du budget, n'établit pas un contrôle par anticipation ou *ex ante* des dépenses de fonctionnement de l'hôpital, sauf en ce qui a trait aux contrats de services impliquant des frais annuels de plus de \$5,000. Par contrat de services on n'entend pas un contrat d'emploi. L'effet de cet arrêté semble donc accroître la rigidité des autorisations budgétaires beaucoup plus que la vigueur du contrôle comme tel. Cet arrêté concerne l'annexe E des règlements de l'assurance-hospitalisation.

gestion courante des centres de santé, dans la mesure où il atteint la rigueur nécessaire pour être efficace¹, diminue les responsabilités, ignore la nature des tâches des professionnels de la santé et ainsi encourage plus ou moins directement l'inefficacité. Les résultats obtenus par le régime actuel de contrôle démontrent que cette solution n'est satisfaisante ni pour les administrateurs, ni pour le personnel affecté aux soins, ni pour les bénéficiaires, ni pour le contribuable.

933. La deuxième solution est la seule qu'on puisse retenir. Nous étudierons donc les principes de la décentralisation envisagée, ainsi que les principales conséquences de cette décentralisation sur les formes de contrôle.

1. — UN SYSTÈME DÉCENTRALISÉ

934. Par la décentralisation, on ne nie pas le droit et l'obligation pour l'État d'exercer un contrôle sur l'utilisation faite par les hôpitaux des sommes d'argent qu'on leur a versées, mais on rejette la forme actuelle de contrôle, parce qu'elle n'est pas satisfaisante dans la surveillance de l'affectation des fonds et qu'elle constitue un obstacle à l'efficacité.

935. L'efficacité impose le choix des méthodes de production les moins coûteuses. On ne peut réaliser ce choix de façon définitive, mais on le renouvelle suivant les innovations, l'expérimentation de méthodes nouvelles, et l'adaptation des décisions aux circonstances variées.

936. Les règlements² qui dictent l'utilisation de tous les crédits prévus par le budget et mis à la disposition de l'hôpital aux fins fixées lors de leur approbation ne laissent aucune liberté de gestion, car, si l'approbation des dépenses repose sur l'objet de la dépense (budget par article), l'hôpital ne peut pas varier ses moyens de production et atteindre ainsi une plus grande efficacité.

937. Par contre, la conciliation d'un régime central de financement et d'un mode décentralisé de gestion et de contrôle des centres de santé suppose trois conditions essentielles :

- a) la détermination de programmes et d'objectifs auxquels on rattache sans équivoque des mesures de rendement;

¹ C'est-à-dire qu'il est complété par un contrôle *ex ante*. On contrôle l'administration du budget au moment d'engager des dépenses.

² On peut se reporter à l'annexe E des règlements de l'assurance-hospitalisation, amendés par l'arrêté en conseil N° 874.

b) l'utilisation de facteurs d'incitation positifs ou négatifs qui amènent les responsables à chercher de façon constante à améliorer leur gestion;

c) la définition d'une limite au-delà de laquelle on suspend les règles de décentralisation.

938. La réalisation de la troisième condition ne dépend en somme que de la vigilance de l'État dans l'exercice de sa responsabilité première. En effet, il lui appartient de définir progressivement, et à mesure que ses moyens d'évaluation le lui permettent, de remettre en cause, s'il y a lieu, le degré de décentralisation des décisions. Mais en général, quant à la gestion des établissements, il lui est plus profitable de perfectionner ses méthodes de planification, c'est-à-dire les mécanismes de contrôle, et de multiplier les facteurs d'incitation plutôt que de recourir à la centralisation des décisions.

839. Vis-à-vis des centres de santé, la réalisation des deux premières conditions présente des difficultés qu'on ne peut minimiser.

a) La définition des objectifs de gestion

940. On ne peut afficher un trop grand scepticisme sur la possibilité de définir des mesures valables de rendement pour le régime de la santé¹. D'ailleurs, dès que l'on porte un jugement quelconque, mais objectif, sur ce régime, on se réfère implicitement à un rendement qu'il est censé obtenir². La difficulté de préciser ce rendement est réelle, mais actuellement, à cause des normes en vigueur, et des indicateurs exprimés en coûts moyens par journée d'hospitalisation, elle naît souvent d'une confusion entre les objectifs eux-mêmes et les moyens ou ressources (personnel et installations) utilisés pour leur réalisation. Il est évident qu'on ne peut accepter le nombre de journées d'hospitalisation comme une mesure valable de rendement pour un centre de santé, car l'objectif principal ne réside pas dans la poursuite d'un nombre maximum.

941. Au contraire, la mesure de rendement ne favorise pas un moyen de production plus qu'un autre; elle doit être elle-même indépendante des diverses ressources à utiliser dans la distribution des soins donnés, à condition évidemment de respecter les contraintes de la technique et de la qualité des soins.

¹ Ainsi, le *U. S. Department of Health, Education and Welfare* a déjà à son actif plusieurs illustrations d'analyses « coûts-bénéfices » appliquées à ces domaines.

² On peut se reporter aux ouvrages traitant du budget par programme (*Program Budgeting*) et du système PPBS (*Planning, Programming, Budgeting System*).

942. La définition d'objectifs et la recherche de mesures de rendement supposent une réforme de la comptabilité, qui peut s'inspirer des réformes budgétaires que l'on tente actuellement de réaliser dans le secteur public. Toutefois, on serait mal avisé d'attendre l'application intégrale d'un système tel que le *PPBS* pour entreprendre la réforme du contrôle budgétaire des hôpitaux. Et sans doute vaut-il mieux, dans le cas de la gestion hospitalière, franchir d'abord l'étape intermédiaire entre la méthode budgétaire actuelle et le *PPBS*. L'effort porte d'abord sur une comptabilité des coûts relatifs à des programmes particuliers auxquels on relie des objectifs fixes, et on satisfait ainsi plus étroitement aux exigences de la gestion des centres de santé auxquels on confie la réalisation d'objectifs définis ailleurs¹.

943. Même dans cette perspective, il faut admettre que la décentralisation du pouvoir de décision est nécessairement limitée par le peu de possibilité qu'a chacun des centres de santé, des services ou des unités de soins, de définir des objectifs spécifiques². Plus nous descendons dans l'échelle hiérarchique des fonctions, plus nous trouvons un objectif si défini qu'il n'est plus possible de choisir les moyens d'exécution les plus appropriés, et la décentralisation devient ainsi sans objet. Malgré tout, l'objectif le plus simple comporte toujours un aspect de rendement qui suppose des choix dans l'agencement des ressources, sinon dans leur sélection. Ainsi, on spécifie comme objectif un coût unitaire minimum pour tous les services qui satisfont à une demande qui échappe à leur influence : c'est le cas en particulier de tous les services reliés à l'hébergement (alimentation, blanchissage, entretien ménager, etc.).

944. Il est plus difficile, à un niveau supérieur de la hiérarchie des services, de distinguer entre fin et moyens. Un objectif plausible pour un centre de santé consiste, par exemple, à établir un coût minimum par malade traité en distinguant, s'il le faut, plusieurs catégories de malades³, selon le diagnostic et le traitement prescrit.

945. Il est important, à cause de substitutions possibles dans les modes de soins, de ne définir ni le malade traité, ni l'activité du

¹ Voir l'appendice VIII.1 du chapitre suivant : « Le calcul du budget normalisé ».

² Nous désignons ainsi des entités administratives bien définies et qui exercent des pouvoirs délégués en vue d'un objectif précis. Nous évitons, par ce langage volontairement vague, de situer dans l'ordre hiérarchique le niveau idéal où la décentralisation s'arrête.

³ Le « coût unitaire minimum », s'il est une préoccupation de tous les instants, s'accompagne d'une série d'exigences minimales quant au traitement du malade, exigences qui, est-il besoin de le préciser, doivent être satisfaites dès les débuts.

centre de santé par rapport à un seul mode de traitement. Ainsi, à titre d'exemple, juge-t-on le rendement du laboratoire sur deux plans : en fonction des coefficients d'utilisation — relation entre la structure et l'importance de son activité propre, d'une part, et la structure ou l'importance de la demande de soins, d'autre part — et de coefficients de coûts. Il en est de même pour toute activité dont le rendement influence la demande.

946. Cela implique qu'il faut centraliser dans un seul endroit les décisions relatives aux choix à faire entre les divers modes de soins. On le fait de deux manières : soit par la subordination de l'hôpital traditionnel à un organisme à vocation plus large, qui lui dicte des normes très précises sur l'hospitalisation, les soins à domicile, etc.; soit par l'élargissement du concept de l'hôpital de sorte que celui-ci choisisse et exerce lui-même ces diverses manières de distribuer les soins.

947. Comme la définition de nouveaux objectifs suppose un processus expérimental en constante évolution, il nous semble préférable d'opter pour la seconde formule. Ainsi le centre de santé, par l'expérimentation des modes de soins, fournit lui-même à l'organisme de planification les données nécessaires à la définition d'objectifs et de sous-objectifs précis pour les divers modes de distribution des soins. Il est clair toutefois qu'on ne définit pas une fois pour toutes ces objectifs spécifiques (ou « sous-objectifs ») et que, par conséquent, l'importance de la décentralisation, qui trouve sa justification et son appui dans de tels sous-objectifs, peut avec le temps évoluer¹.

948. Dans ce domaine, la mise en application de nos recommandations suppose qu'on définisse, dès le début, des sous-objectifs pour chacun des centres de santé ayant un statut distinct, tâche qui appelle une collaboration étroite avec les administrateurs et les professionnels intéressés et qui se base sur les activités actuelles. Il faut aussi que ces objectifs reflètent l'ordre de priorité entre les grands objectifs du régime quant aux soins : qualité, facilité d'accès, satisfaction des malades et efficacité. Les trois premiers objectifs se réalisent par la définition de normes de soins auxquelles tous les établissements, selon leur type, doivent se conformer. Contrairement aux

¹ Nous croyons à cet égard que le champ de décentralisation possible n'est pas totalement déterminé par les structures administratives proposées, et que cette souplesse rend plus faciles pour le régime les adaptations que le temps et les conditions changeantes exigent. Cette souplesse tient au fait qu'on peut déplacer sensiblement les centres de décision suivant la volonté des ORS et du ministère de la Santé, qui détiennent le pouvoir d'assigner des objectifs opérationnels aux différents agents du régime.

trois premiers, l'efficacité n'est pas un objectif absolu mais elle s'évalue en plus ou moins; c'est pourquoi, paradoxalement, il prend la première place comme problème de gestion. Pourtant, le respect des normes qui procurent des soins de qualité et accessibles à tous constitue une condition essentielle d'existence pour chacun des centres de santé, alors qu'une gestion efficace n'est qu'un mode d'opération ¹.

b) Les implications pour les systèmes de financement et de contrôle

949. Les modes de calcul, ou les méthodes par lesquelles on achemine les fonds vers les centres de santé — régime d'approbation et de contrôle du budget des hôpitaux — s'adaptent au mode de gestion souhaité, et encouragent son efficacité.

950. À ce niveau nos recommandations sont extrêmement simples : on doit abolir ce mécanisme d'approbation du budget par article et dans le détail, qui autorise chaque établissement hospitalier à dépenser les fonds publics, lorsqu'il s'agit des dépenses courantes des divers établissements du secteur de la santé. Toutes les notions qui s'y rattachent actuellement, en particulier celles de dépenses approuvées et de dépenses admissibles, disparaissent également. Les services eux-mêmes et les programmes de soins font l'objet d'une autorisation. Des « budgets normalisés » en fonction des caractéristiques et de l'importance de l'activité des centres de santé, et établis à l'échelle de la province et de la région, permettent de prévoir la répartition des fonds entre les établissements et les régions. À l'intérieur des services ou des programmes autorisés, le centre de santé accuse un surplus ou un déficit, selon que le coût des soins donnés est conforme ou non aux budgets normalisés ². Cette position n'affecte pas le financement des programmes; elle n'a d'implications qu'au niveau des incitations prévues ³.

951. Il découle également de cette recommandation que les revenus des centres de santé pour des services autorisés, mais dont le financement non prévu dans la loi est à la charge du malade, comme la quote-part qu'il verse pour une chambre privée, sont directement soustraits des dépenses totales, afin de déterminer la part du finan-

¹ Ces remarques n'impliquent pas le caractère immuable des normes de qualité et d'accès ou leur amélioration possible; elles signifient simplement que leur évolution ne relève pas de la gestion courante mais plutôt des ORS et du ministère de la Santé.

² Voir à ce sujet, au chapitre VIII de notre rapport, l'appendice VIII.1 : « Le calcul du budget normalisé ».

³ Par contre, les activités qui dépassent les prévisions doivent donner lieu à la correction des prévisions de dépenses et à un vote de crédits supplémentaires par l'Assemblée nationale.

cement public. Quant aux services non autorisés, mais dont la réglementation accepte l'existence (terrain de stationnement, service de télévision), ils s'autofinancent.

952. La décentralisation telle que nous l'envisageons, qui définit rigoureusement les objectifs de chaque type de centre de santé et de chaque mode de soins et qui introduit un système objectif d'évaluation et d'incitation, assure le fonctionnement efficace du régime. Elle remplace le processus actuel d'approbation budgétaire.

953. Le contrôle du budget doit être assuré par d'autres mécanismes que l'autorisation à dépenser comme, par exemple, le rôle prévisionnel et la surveillance de la régularité administrative. Tout d'abord, il est possible de faire des prévisions utiles des dépenses futures à l'aide de données peu nombreuses. Il est vraisemblable, en effet, que l'estimation de la croissance des grands postes, tels les salaires, les fournitures et les médicaments, donne des résultats aussi valables que l'extrapolation, pour chaque centre de santé, de l'importance et de la nature de ses activités, qui constitue la base actuelle du budget et donc de la prévision des frais d'hospitalisation.

954. Pour ce qui est d'assurer la régularité des opérations financières des centres de santé, la Commission préconise la gestion directe par l'ORS de leurs opérations financières. L'ORS se charge ainsi de toutes les opérations de trésorerie et contrôle efficacement et assez facilement l'affectation des fonds publics.

955. L'ORS peut administrer avec un maximum d'efficacité les opérations de trésorerie, grâce à l'utilisation d'un personnel spécialisé, à la mécanisation des procédures et aux économies de grande échelle qui leur sont inhérentes. Accessoirement, ces procédures décèlent rapidement tout écart inusité des dépenses par rapport à leur profil normal dans le temps. Ces deux moyens — distinction entre gestion et trésorerie, et procédures mécaniques de surveillance — assurent une saine administration des fonds sans qu'un budget formel soit nécessaire.

956. La fonction spécialisée de trésorerie assumée par l'ORS comprend autant de procédures de surveillance ou de signalisation qu'il semble nécessaire. De plus, un certain nombre de vérifications sont utiles, au moins sur une base d'échantillonnage; par exemple, il est tout indiqué de vérifier l'exactitude des pièces justificatives produites pour le paiement des fournisseurs. Cette surveillance administrative doit déceler des irrégularités qui vont jusqu'à la fraude ou à des négligences grossières, mais ne peut assurer la qualité de

la gestion. C'est pourquoi le service de trésorerie, à moins qu'il ne dispose d'une preuve d'irrégularité administrative (les règles générales sont alors suspendues de toute façon), doit dans tous les cas effectuer, sans y faire obstacle, les paiements requis, sur production du visa du responsable d'une unité de gestion. En dehors des questions de pure information nécessaire à la comptabilité de ces dépenses, il ne met, en aucun cas, en cause l'opportunité d'une dépense particulière munie d'un tel visa : cette restriction est nécessaire pour conserver intacte l'autonomie de gestion des unités opérationnelles¹.

957. Dans un système administratif décentralisé, il faut prévoir la communication en temps opportun d'une information pertinente aux centres de décision. Car toute décision suppose la connaissance d'un certain nombre de faits ou de données susceptibles d'éclairer la prise de décision. Le chapitre suivant qui porte sur la gestion des centres de santé aborde cette question²; nous nous bornons ici à souligner la nécessité de l'information et aussi à indiquer que cette exigence constitue une autre limite à la possibilité pratique de la décentralisation, du moins à un moment donné.

958. Ordinairement on justifie la décentralisation parce que l'information est plus large et plus complète à la base qu'au sommet de la pyramide administrative. Cette hypothèse est généralement vraie; cependant, dans l'état actuel du secteur de la santé, certaines informations essentielles ne se trouvent pas à la base, mais seulement au sommet. Il en est ainsi, par exemple, des données épidémiologiques et, plus particulièrement, des données opérationnelles des autres unités de soins de même niveau. Cette carence d'information est particulièrement grave, puisqu'on peut difficilement poursuivre la recherche et l'évaluation du rendement à ces niveaux, si ce n'est par comparaison avec d'autres centres de santé du même type.

2. — LE SYSTÈME D'INCITATION

959. La deuxième condition d'une réforme du système de contrôle des unités de distribution des soins doit être la création de facteurs qui favorisent un meilleur rendement. Pour atteindre les objectifs du régime de la santé, l'autonomie de gestion suppose la mise en place de facteurs positifs ou négatifs d'incitation suscep-

¹ On doit garder à l'esprit la distinction entre gestion et planification. Un mandat de paiement pour l'achat d'appareils radiographiques, même muni du visa du gestionnaire, n'est pas honoré parce qu'il porte sur un objet hors du pouvoir discrétionnaire de ce dernier. Dans ce cas, le service de trésorerie n'évalue pas la décision du gestionnaire mais retourne seulement un mandat *ultra vires*.

² Voir le chapitre VIII du présent volume : « La gestion des centres de santé ».

tibles d'unir les efforts du personnel des centres de santé vers la réalisation de ces objectifs communs.

960. Dans le passé et encore aujourd'hui, on tend à forcer les administrateurs publics à améliorer leur rendement par une utilisation très stricte de l'outil budgétaire. Or on ne peut encourager l'efficacité par le budget lui-même, quelle qu'en soit la forme ou le contenu. En effet, les autorisations budgétaires encadrent dans des limites précises le pouvoir de dépenser, mais elles ne constituent pas une norme de gestion. Les établissements dont les dépenses réelles dépassent les dépenses approuvées ne sont pas nécessairement ceux dont le coût de fonctionnement par journée d'hospitalisation est le plus élevé; et on peut en dire autant du cas inverse. En d'autres termes, le système actuel de contrôle budgétaire tolère des coûts trop élevés dans certains hôpitaux, alors qu'il rend impossibles à d'autres les ajustements nécessaires.

961. Ces remarques font écho aux observations de plusieurs mémoires soumis à la Commission, qui soulignent que les pratiques budgétaires actuelles n'offrent aucune garantie d'amélioration de l'efficacité administrative, qu'elles diminuent au contraire les chances d'une saine gestion et contribuent même directement au gaspillage¹.

962. Le meilleur moyen d'encourager une gestion efficace des centres de santé consiste à soumettre les responsables de la gestion à un système de sanctions positives et négatives. La mise en place de mécanismes de sanctions pose notamment plusieurs problèmes quant au but poursuivi, aux critères de rendement et à la nature de ces sanctions.

a) *But* : les sanctions doivent tendre à la réalisation d'un but. Les objectifs et les sous-objectifs du régime le fournissent. Il s'agit d'isoler quelques-uns de ces objectifs les plus prioritaires, et d'y greffer des stimulants. Si, par exemple, on choisit de diminuer le taux d'hospitalisation ou d'augmenter le rendement d'une unité de soins pour telle activité donnée, on prévoit alors une récompense au cas de résultat satisfaisant.

b) *Critères* : on mesure le rendement des établissements à l'aide de certains critères. Il ne peut s'agir de critères de type absolu ou encore strictement financier, mais plutôt de type

¹ Voir, entre autres, le mémoire de l'Association des hôpitaux de la province de Québec.

essentiellement comparatif, de sorte que si le rendement de l'unité de soins ou du centre de santé atteint la moyenne observée pour des centres semblables, on n'applique aucune sanction, positive ou négative. On réserve la sanction positive à un rendement supérieur à la moyenne et la sanction négative à un rendement inférieur.

- c) *Nature* : la nature des facteurs d'incitation dépend des sujets à qui ils s'adressent : l'établissement lui-même, les administrateurs responsables de la gestion d'une unité de soins ou de l'établissement, ou encore le personnel des centres de santé. Ces possibilités ne sont pas exclusives.

963. Le but poursuivi par l'incitation et la sanction est de première importance : il veut déceler l'excellence ou la médiocrité dans la réalisation des objectifs et rendre immédiatement perceptible aux responsables la qualité de leur gestion. En raison de la limitation du pouvoir de gestion par la spécification de normes qui visent à procurer des soins de qualité, acceptables et accessibles à tous, l'aspect économique doit toujours guider les sous-objectifs propres aux unités de gestion. En pratique cela signifie que le coût du traitement d'un malade, compte tenu à la fois du niveau et du mode de soins que son état nécessite, et du coût unitaire de l'activité de chaque centre de santé, sert le plus souvent de mesure de rendement, tandis que l'objectif lui-même tend à minimiser ce coût.

964. Le concept de « budget normalisé », qui se réfère à la valeur médiane ou moyenne des coûts comparés d'un certain nombre d'activités dans l'ensemble des centres de santé, fournit un indicateur à partir duquel on juge le rendement de chaque établissement et qui comporte divers facteurs d'incitation. Il est certain que la décentralisation du pouvoir de décision, par la participation qu'elle encourage, constitue par elle-même une incitation à un meilleur rendement. Car une évaluation comparative ne peut que renforcer l'émulation et le désir d'excellence; c'est pourquoi il est important que tous ceux qui en sont l'objet connaissent cette évaluation.

965. Le système doit également prévoir pour ses cadres professionnels des plans de carrière dont la réalisation plus ou moins rapide reflète le rendement des unités de soins et des centres de santé.

966. Les facteurs d'incitation peuvent et doivent cependant revêtir d'autres formes. En premier lieu, citons des facteurs d'ordre financier. Ainsi, on prévoit que le centre de santé qui accuse un surplus par rapport au budget normalisé conserve une partie de ce sur-

plus et soit autorisé à l'affecter à des projets qui lui sont propres¹. Ce même principe s'applique à une unité de soins. Dans le cas contraire, la sanction consiste alors à resserrer le contrôle et, si c'est nécessaire, à imposer une tutelle.

967. On considère également, à titre d'incitation, l'intérêt pécuniaire du personnel lui-même. Des expériences pilotes tentées aux États-Unis donnent des résultats prometteurs² : ainsi, on verse une partie du « surplus » dans une caisse de retraite et on répartit ces fonds entre chacun des membres du personnel au prorata de sa contribution normale. Les membres du personnel peuvent encore utiliser leur quote-part à leur gré.

968. Ce qui vaut pour les moyens d'incitation vaut également pour les sanctions motivées par la médiocrité de la gestion. Évidemment, le personnel ne peut, pas plus que les établissements de santé eux-mêmes, supporter le fardeau d'une pénalité financière. Toutefois les conditions d'emploi du personnel de cadre doivent explicitement prévoir la suspension de certains responsables de la gestion, plus ou moins compétents.

C. — LES ÉLÉMENTS DU SYSTÈME DE CONTRÔLE ADMINISTRATIF ET FINANCIER

969. Nous avons exposé les principes d'une réforme du contrôle financier du secteur de la santé. Les deux principes majeurs intéressent les deux responsables du secteur : d'une part, l'État responsable du financement et, avec l'appui des ORS, du contrôle des dépenses publiques; d'autre part, les établissements de santé, responsables des décisions de gestion et de programmation des activités dans un cadre rigoureusement défini. Et on ne peut donc élever que deux notions au rang de « principes » d'administration du secteur de la santé et de son financement : celle de la responsabilité première du gouvernement du Québec et de l'ORS, et, sous l'égide de celui-ci, celle de l'autonomie de gestion des centres de santé.

970. Maintenant, nous décrirons brièvement l'objet premier du contrôle, de la gestion, de la planification, de la vérification, de l'évaluation et de l'incitation. Toutes ces activités supposent l'acquisition,

¹ De tels projets s'inscrivent dans la logique du plan régional mais, dans leur réalisation, ils s'écartent de l'ordre de priorité établi en fonction des disponibilités générales de la région.

² J. J. Jehring : « System's incentives in the non-profit hospital », dans *Proceedings of the National Hospital Conference*, 5-6 juin 1968, The University of Wisconsin (document photocopié).

le traitement et la transmission d'information; sans information, l'État ne peut exercer sa responsabilité première de réaliser les objectifs du système. Cette exigence d'une information adéquate s'applique d'ailleurs à tous les niveaux du système. Le contenu et le mode de collecte, d'analyse et de diffusion de l'information constituent des aspects essentiels pour l'étude du système de contrôle proposé¹.

971. Dans le contexte d'autonomie de gestion des centres de santé, il faut concilier l'exercice par le gouvernement d'une nécessaire surveillance de l'affectation des crédits budgétaires avec un mode de contrôle plus souple qui porte sur le résultat des dépenses, alors qu'actuellement on axe le contrôle des fonds publics sur l'objet des dépenses.

972. On ne saurait pleinement assurer le contrôle suprême de l'État sur les ressources affectées au secteur de la santé s'il ne porte que sur le total de ces ressources et non sur leur répartition entre les grands objectifs et leurs dimensions principales. Il est essentiel qu'on prenne les options fondamentales au niveau de l'ensemble de la collectivité, et il appartient au gouvernement de solliciter l'approbation parlementaire sur l'importance relative des dépenses d'utilité courante et de celles dont les fruits s'échelonnent sur une longue période. On relève, dans la première catégorie, les dépenses afférentes à la distribution des soins et celles qui assurent l'hygiène du milieu. Il s'agit de trouver un équilibre qui tienne compte des besoins prioritaires. La deuxième catégorie comprend les dépenses d'immobilisations, mais aussi des dépenses afférentes à des programmes nouveaux. Parmi ces programmes nouveaux, certains ont pour objet immédiat une hausse de la productivité générale du régime; d'autres, une hausse des normes qualitatives de soins. Or, le choix entre ces deux objectifs ne relève pas d'une décision technocratique. Par exemple, il n'existe aucun critère objectif qui permette de trancher entre l'allocation des ressources au bénéfice de la génération présente ou à celui des générations futures; le choix doit être politique.

973. En vue de résoudre le problème, une ventilation fonctionnelle et par régions sanitaires doit apparaître aux crédits budgétaires, sanctionnés par un vote du pouvoir législatif. Pour illustrer cela, il peut être utile de dresser le tableau d'une répartition sur la base fonctionnelle des grandes catégories de dépenses de la santé².

¹ Voir à ce sujet le chapitre VIII du présent volume : « La gestion des centres de santé ».

² Par exemple, une ventilation fonctionnelle du type obtenu par l'application de la méthode du *Planning, Programming, Budgeting System (PPBS)*.

974. Chacune des catégories de dépenses concerne l'hygiène du milieu, les soins ¹, l'enseignement clinique et la recherche, et a pour objet de couvrir :

1° l'administration

a) des ORS;

b) du ministère de la Santé;

2° le service de la dette à long terme des établissements;

3° le fonctionnement des programmes nouveaux;

4° le fonctionnement des programmes existants ²;

a) dépenses estimées sur la base des normes de soins et de services en vigueur durant l'année budgétaire précédente;

b) dépenses additionnelles de fonctionnement des unités de soins résultant d'une élévation projetée des normes;

c) dépenses additionnelles de fonctionnement au titre de la majoration des salaires prévue à la convention collective;

5° la réalisation du programme d'immobilisations.

975. L'information sur la répartition de chacune des catégories fonctionnelles de dépenses entre les différentes régions sanitaires est indispensable.

976. Par ailleurs, on annexe habituellement des états sommaires ³ aux estimations budgétaires. On doit maintenir cette pratique qui sert à donner une information, cette fois par secteurs de dépenses, tels salaires et gages, fournitures générales et médicaments. Quant à la rémunération, il est utile de fournir, en supplément, un état sur la répartition des employés du secteur, par classes de rémunération et d'employés, les échelles de rémunération et la rémunération moyenne pour chaque classe d'employés, quel que soit le mode de rémunération.

977. Nous avons déjà expliqué pourquoi le gouvernement doit justifier le développement des services de santé, en rendant ainsi publiques ses décisions. Il peut exposer ces motifs de justification au Parlement en même temps qu'il dépose le budget des dépenses ou,

¹ Théoriquement, on subdivise les soins en soins préventifs, curatifs et de réadaptation. En pratique, toutefois, cette distinction est, dans plusieurs cas, impossible.

² Y compris les soins pour lesquels on rembourse directement les professionnels de la santé.

³ C'est-à-dire des états résumés.

du moins, avant le début de l'année fiscale. Il rend alors public le bilan de l'année précédente.

978. Les crédits budgétaires, ainsi ventilés et une fois votés par le Parlement, autorisent le gouvernement à verser périodiquement aux ORS des fonds correspondant, au total, aux crédits désignés au paragraphe 974. Quant aux crédits relatifs aux immobilisations, l'autorisation de dépenser s'adresse également aux ORS mais n'implique pas une semblable régularité dans les versements. Ce dernier programme suppose le plus souvent un financement par emprunt sur le budget proprement dit. Il est cependant essentiel, vu l'influence des dépenses d'immobilisations sur le développement et les coûts des services de santé, qu'on discute publiquement de ces programmes.

979. Les ORS sont non seulement les seules entités à recevoir un budget de l'État mais encore, à l'exception du gouvernement lui-même, les seuls responsables immédiats des obligations de ce statut. Les ORS ne figurent donc pas au budget à titre de simples bénéficiaires de subventions. Les relations financières qui s'expriment par les crédits accordés au secteur de la santé s'intègrent à un réseau de relations organiques entre les ORS et le gouvernement, qui créent aux ORS de véritables obligations de droit public, en particulier celle de rendre compte de leur gestion, mais qui, en fait, doivent être beaucoup plus importantes.

980. Quoique les centres de santé se trouvent plus près de l'exécution des tâches, ils n'ont sur le plan financier aucune relation directe et régulière avec le ministère de la Santé. Les ORS seuls sont comptables de leur administration au ministère de la Santé. Comme nous le verrons, une des obligations principales des ORS envers le ministère est précisément de démontrer à ce dernier la régularité et l'intégrité de leur propre surveillance des centres de santé. Bien entendu, la ventilation des crédits budgétaires du secteur de la santé empêche les ORS de faire des virements sans l'autorisation du ministère.

981. Les ORS effectuent les opérations de trésorerie des centres de santé. Nous indiquions précédemment qu'il faut réduire au minimum les dangers de mauvaise affectation, auxquels l'autonomie de gestion peut ouvrir la porte, en établissant une distinction stricte entre les opérations de gestion et celles de trésorerie. De plus, la gestion de l'encaisse et la négociation d'emprunts à court terme parfois nécessaires permettent des économies de grande échelle. Les opéra-

tions d'émission et de vérification de chèques sont également plus efficaces lorsqu'on les groupe en de grands ensembles.

982. Les ORS ont la responsabilité directe de l'administration d'un certain nombre de programmes. Le service de la dette à long terme, l'administration régionale (y compris les services régionaux de planification et de coordination), les programmes relatifs à l'hygiène du milieu, tombent sous leur responsabilité. Ainsi en est-il des activités des centres de santé locaux qu'ils ont eux-mêmes créés, et du fonctionnement des centres de santé qu'ils mettent en tutelle.

983. Les ORS sont directement responsables des émissions d'obligations et du service de la dette à long terme, pour le compte des établissements du secteur de la santé. Ils reçoivent d'ailleurs les crédits budgétaires nécessaires à cette fin.

984. Le même principe sert éventuellement au moment de déterminer les budgets pour les dépenses administratives des ORS, ainsi que pour les dépenses relatives à leurs programmes d'hygiène du milieu. Pour les dépenses administratives, on peut songer encore à des subventions proportionnelles à l'importance du budget total de la santé dans la région. Mais, au début, la procédure des budgets traditionnels avec la ventilation par articles de dépenses s'impose tout naturellement.

985. Quant à leurs responsabilités vis-à-vis de l'administration des budgets des centres de santé, les ORS s'en acquittent pleinement après avoir veillé à satisfaire aux exigences suivantes :

- que chaque décaissement effectué pour le compte d'un centre de santé porte le visa de l'administrateur de ce centre. On laisse à la compétence de cet administrateur le bien-fondé de la dépense;
- que chaque centre respecte les normes minimales de qualité et de disponibilité des soins;
- que le rendement de chaque centre fasse l'objet d'une évaluation constante, et qu'on prenne des mesures administratives précises pour améliorer le rendement des unités qui affichent une tenue médiocre.

986. Comme on le voit à l'examen de ces conditions, l'ORS n'a que des responsabilités de procédure en ce qui concerne les dépenses courantes des établissements de santé, mais ces exigences procédurales sont largement suffisantes. La première de ces exigences per-

met d'assurer que les organismes régionaux qui planifient et coordonnent le système ne verront pas leur pouvoir de décision amoindri par les centres de santé.

987. L'évaluation du rendement — avec sa dimension essentielle d'efficacité — constitue la procédure qui comporte des sanctions positives et négatives. Le moins que l'on puisse exiger des ORS, c'est qu'ils ne prolongent pas l'inefficacité de leur gestion. L'ORS, nous l'avons dit, impose jusqu'à la mise en tutelle directe, mais dans les cas moins extrêmes, il permet au centre en cause d'élaborer un plan de redressement de la gestion.

988. En résumé, un budget normalisé, qu'on peut considérer comme une étape dans la réalisation d'un budget par objectif, est établi à l'échelle de la province, mais aussi pour chaque centre de santé, en rapport avec ses caractéristiques et les programmes autorisés. L'ORS reçoit une enveloppe budgétaire correspondant au total des budgets normalisés pour l'ensemble des centres de santé de son territoire.

989. À l'aide de cette enveloppe constituée de versements réguliers, il effectue le paiement des dépenses pour le compte de chaque centre de santé. Il vérifie ainsi directement l'emploi légitime des fonds publics et élimine le risque de détournement. Par contre il ne se préoccupe pas de l'affectation de ces fonds à tel programme ou moyen de distribution des soins. Il connaît le budget normalisé du centre de santé et avise régulièrement celui-ci de sa position par rapport au « budget normalisé ».

990. Comme nous l'avons vu, le système de sanctions positives et négatives incite à un meilleur rendement le centre de santé, ses chefs de services ou ses responsables de programmes.

991. Quant à l'ORS, l'incitation à s'acquitter efficacement de ce rôle de contrôle réside dans la présentation déficitaire ou excédentaire de son bilan des opérations de l'ensemble des centres de santé sous sa juridiction.

992. La détermination et la surveillance du respect de normes de qualité et de disponibilité des soins constituent un aspect capital de la décentralisation de la gestion ¹.

993. La détermination des éléments du système de contrôle administratif et financier permet d'identifier certains rôles qui en-

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

cadrent l'autonomie de gestion des centres de santé, et que se partagent l'ORS et le ministère de la Santé. Dans le chapitre suivant sur la gestion des centres de santé, nous expliciterons ces rôles et élaborerons un ensemble de conditions susceptibles d'améliorer l'efficacité de la gestion des centres de santé.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

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 administratives précises soient prises en vue d'améliorer celui des unités qui présentent un relâchement.*

VIII

La gestion des centres de santé

La gestion des centres de santé

INTRODUCTION

994. On fonde la réforme du système de contrôle des établissements de santé sur une décentralisation des responsabilités de gestion au niveau des centres de santé. Cette réforme veut créer, au sein des établissements, une certaine émulation dans la recherche des moyens les plus efficaces de distribuer les soins. Elle a encore pour but d'impartir au système de contrôle plus de souplesse et d'ouverture, la rigidité nuisant à l'innovation, à l'initiative et à la satisfaction, conditions d'un bon rendement. Cette hypothèse repose donc sur la conviction que, dans le domaine de la rentabilité maximale, les solutions idéales venant de l'extérieur sont en somme assez rares : elles ne remplacent pas la qualité, les attitudes et l'initiative des personnes en place.

995. C'est dire que la décentralisation pose des exigences nouvelles quant à la façon d'assumer les responsabilités de gestion dans les centres qui dispensent les services. Ces exigences sont susceptibles de mettre en cause une transformation profonde des comportements observés actuellement dans les hôpitaux. Par suite d'un ensemble de circonstances que nous avons tenté de décrire précédemment¹, le rôle et la responsabilité des cadres ont besoin d'être revalorisés. À l'heure actuelle, le milieu hospitalier souffre d'un climat de travail déprimant, de difficultés dans l'initiative et d'une certaine absence de motivation. Sans être le seul élément en cause, la décentralisation des décisions facilite quand même la création d'un meilleur climat de travail.

996. Par contre, la décentralisation du système de contrôle repose sur l'hypothèse fondamentale que les centres de santé sont encadrés d'un organisme, l'ORS, dont la fonction, en plus de planifier les programmes de santé sur une base régionale, consiste à soutenir les centres de santé, à leur fournir l'instrumentation et à canaliser leurs efforts vers des objectifs communs. Face aux exigences de qualité des soins et d'efficacité des centres de distribution, cet organisme est irremplaçable. Enfin, la décentralisation signifie que le ministère de la Santé abandonne son rôle d'administrateur au profit de ceux de leader et de planificateur, rôles que nul ne peut assumer à sa place.

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

997. Dans le présent chapitre, nous aborderons en premier lieu quelques-uns des éléments fondamentaux de la qualité de la gestion des centres de santé. Par la suite, nous rappellerons les fonctions que l'ORS et l'État assument en regard des centres de santé, afin d'atteindre une meilleure utilisation des ressources pour améliorer l'état de santé de la population dans l'avenir.

I. — LA GESTION DES CENTRES DE SANTÉ

998. La gestion consiste en la coordination d'un ensemble de ressources susceptibles de contribuer à la production d'un service. Les activités et les ressources du centre de santé sont de plus en plus diversifiées et complexes. Le facteur dynamique et prépondérant vers lequel est dirigée cette fonction de coordination s'appelle ressources humaines. C'est pourquoi la qualité de la gestion dépendra non seulement de la qualité et de la compétence des cadres, et de celles de l'ensemble du personnel œuvrant dans le milieu, mais aussi et de façon prépondérante peut-être, de la richesse des relations humaines qui favorisent l'ambiance et le climat de travail.

A. — LE CLIMAT DE TRAVAIL

999. Au cours de ses visites dans les hôpitaux du Québec, la Commission n'a pu s'empêcher de remarquer que le climat de l'hôpital ne présente pas les caractéristiques d'un milieu de travail apprécié du personnel et, aux yeux mêmes de la Commission, il apparaît généralement froid et anonyme, parfois tendu et difficile.

1000. Sans doute veut-on relier la tension aux récents conflits de travail du milieu hospitalier, mais, à notre avis, les caractéristiques de l'atmosphère qui règne dans les hôpitaux ont des racines beaucoup plus profondes. Comment expliquer autrement l'ensemble des observations suivantes ?

1001. Bien que l'identification d'un objectif commun et immédiat — guérir le malade — ainsi que l'importance et la diversité des ressources appelées à y contribuer s'y prêtent facilement, on ignore la notion de travail d'équipe

1002. Au contraire, les conflits chez les médecins sont nombreux, engendrés par la concurrence souvent abusive entre professionnels d'une même discipline. Les professionnels de la santé autres que les médecins, tels que psychologues, travailleurs sociaux professionnels

et sociologues, se sentent étrangers dans l'hôpital. Les conflits entre l'administration et les professionnels empoisonnent également l'atmosphère de certains hôpitaux.

1003. Les fonctions sont très hiérarchisées et on ne reconnaît pas objectivement la valeur de la participation du personnel à l'ensemble de ces fonctions, si ce n'est eu égard au palier qu'il occupe dans l'ensemble des catégories de personnel et des catégories de tâches.

1004. L'infirmière, qui assure la surveillance du malade et la continuité des soins et dont la fonction est capitale au point de vue du traitement, voit rarement apprécier son mérite. Quant au personnel subalterne, il s'attend à encore moins de reconnaissance : sa présence et sa participation sont complètement ignorées.

1005. Chez tout le personnel, sans doute à cause de la compartimentation et de la définition étroite des tâches, on observe peu d'échange sur le plan du travail. On ne perçoit point non plus l'existence d'un sentiment de solidarité. C'est l'anonymat qui prévaut : sur le plan du travail quotidien, de la reconnaissance par les autorités de l'importance de la participation des individus, et des relations humaines.

1006. Ce climat décourage non seulement le personnel, mais souvent le visiteur et le malade pour qui il devient une source d'inquiétude et d'insécurité additionnelles. L'absence d'une structure d'accueil, le manque d'information et de dialogue, le sentiment d'être un intrus, frappent le malade dès la première visite et les personnes qui l'accompagnent aux services externes d'un hôpital.

1007. Aucune mesure en vue d'améliorer la productivité du personnel hospitalier ne remplace le climat de travail qui crée chez l'ensemble du personnel un désir de participation et de satisfaction dans la tâche à accomplir. C'est pourquoi les autorités hospitalières ont intérêt à travailler en collaboration avec leur personnel pour créer ce climat.

1008. Les recommandations générales que nous soumettons à ce sujet ne peuvent être que des conditions de base ou des moyens indirects et leur valeur dépend de l'application que les personnes en feront.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

- 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.*

B. — LA COMPÉTENCE DES CADRES

Un bon plan d'organisation et un concept approprié de gestion, tout essentiels qu'ils soient, ne sont pas forcément des gages de bonne administration. Un personnel compétent, au sommet surtout, en est l'élément essentiel¹.

1009. La qualité de la gestion est une condition essentielle pour assurer à la population les meilleurs soins possibles. Les normes de soins appliquées ailleurs, dans le contexte d'objectifs purement professionnels ou techniques, permettent à quelques centres de santé, de manière épisodique, d'atteindre un haut niveau d'excellence. Mais l'excellence générale du régime de la santé ne s'obtient que par une administration de première qualité, sans qu'il soit nécessaire de dépasser la limite des ressources économiques de la collectivité québécoise.

1010. On accorde maintenant, dans la plupart des pays, une grande importance à la fonction de gestion afin que l'action d'un organisme soit couronnée de succès. Or, le milieu hospitalier, dont l'organisation et le fonctionnement sont fort complexes, emploie très peu de méthodes

¹ Rapport de la Commission royale d'enquête sur l'organisation du gouvernement, volume I, *La gestion de la fonction publique*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1960, p. 63. Cet extrait est également cité par l'Association des administrateurs d'hôpitaux de la province de Québec dans son *Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, avril 1967, p. 81.

modernes de gestion. La recherche opérationnelle et l'application des méthodes nouvelles y demeurent des faits exceptionnels. Pis encore, le personnel de gestion, dont la tâche importante est constamment comparée à celle des médecins, y fait un peu figure de parent pauvre, sous prétexte que sa contribution à l'activité principale du centre de santé reste indirecte et obscure. Sans doute, la participation plus grande des divers types de personnel aux objectifs de l'hôpital et l'introduction d'un système d'auto-évaluation contribuent-elles à faire de l'administrateur un partenaire des autres spécialistes de la santé et à éclairer la nature de sa contribution. Mais en plus de tout cela, il faut prévoir, et faire valoir que, avec la décentralisation des décisions relatives à la gestion, le rôle de gestion occupe une position stratégique beaucoup plus importante. Aussi, le centre de santé doit-il faire place à des cadres intermédiaires et supérieurs en nombre suffisant, de première qualité, et jouissant d'une autorité reconnue.

1011. Dans un chapitre subséquent¹, nous insistons sur l'importance d'une meilleure formation des administrateurs de la santé. Bien que le contenu des programmes reste toujours en évolution, il faut reconnaître la nécessité d'orienter les étudiants vers une telle option, de prévoir des programmes spéciaux de perfectionnement des cadres en place et d'offrir aux administrateurs des activités et stages de perfectionnement : congés d'étude, participation à des conférences et à des programmes de recherche, etc. C'est avec raison que, dans son mémoire à la Commission, l'Association des administrateurs d'hôpitaux demande aux autorités « de reconnaître la nécessité de la formation professionnelle et du perfectionnement constant, pour accéder aux hauts postes administratifs en milieu hospitalier² ».

1012. En vue de promouvoir une gestion efficace, les centres de santé recrutent donc des administrateurs compétents et stimulent constamment leur intérêt. C'est là une évidence, mais qu'il faut toutefois souligner, car la reconnaissance du rôle des spécialistes en gestion dans les centres de santé est très récente et elle est loin d'être acquise à tous les niveaux de la gestion, ou dans tous les services. Cela exige une modification de l'attitude des professionnels de la santé qui doivent se rendre compte de l'importance d'une gestion efficace. Les professionnels de la santé ne peuvent assurer eux-mêmes cette gestion parce qu'ils n'y sont pas préparés, et le statut professionnel n'entraîne pas automatiquement la compétence en ce domaine.

¹ Voir le chapitre XI du présent volume : « L'enseignement des sciences de la santé ».

² Association des administrateurs d'hôpitaux de la province de Québec : *Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, op. cit., p. 99.

On établit clairement la répartition des responsabilités et des tâches à ce sujet et, de part et d'autre, tous l'acceptent. Il n'appartient pas aux professionnels de la santé d'assurer une gestion efficace des centres de santé; leur rôle est plutôt d'assurer celle de leur département respectif, dans le cadre des objectifs et sous-objectifs du centre auquel ils appartiennent.

1013. Plusieurs facteurs assurent un meilleur recrutement des cadres. Le climat et le milieu de travail sont sans doute les plus importants, car c'est de cette richesse que découle le degré de satisfaction souhaité. La qualité des gens en place, l'organisation interne et la répartition du travail, le défi que représente pour le candidat la responsabilité d'accéder à un poste, avec toutes ses implications, sont aussi des éléments déterminants du recrutement des cadres. Enfin, le candidat compétent s'attend à ce que la structure générale des rémunérations, le profil de la carrière et les possibilités d'avancement reflètent de quelque façon son rendement. À ce titre, la relation entre le rendement d'une part, la rémunération et le statut d'autre part, doit être claire et positive.

1014. À une époque récente, les pressions engendrées par le syndicalisme ont porté les autorités à négliger la rémunération des cadres. De plus, le rôle des religieuses, qui ont encadré les activités de l'hôpital et assumé de façon prépondérante les fonctions de gestion, sans revendiquer le statut professionnel correspondant et sans respecter les règles de compétence dans la promotion, a contribué à retarder l'insertion des aspects suivants dans la politique de rémunération des cadres : promotion, mobilité verticale et profil de carrière.

1015. La compétence et le rendement sont les critères principaux de l'avancement et du niveau de rémunération. Comme le souligne l'Association des administrateurs d'hôpitaux du Québec dans son mémoire à la Commission :

Il doit être tenu compte des différences dans le rendement individuel surtout au niveau supérieur. Il importe de fonder désormais la rétribution sur la compétence et le rendement des employés plutôt que sur la nature des fonctions seulement¹.

¹ Association des administrateurs d'hôpitaux de la province de Québec : *Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, op. cit., p. 84.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

- 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.*

C. — LA DÉTERMINATION DES SPHÈRES DE RESPONSABILITÉ

1016. La transformation progressive de l'hôpital général en un CCS dont l'activité s'étend à des programmes de soins espacés, de prévention, de dépistage, de réadaptation, d'éducation sanitaire et de soins à domicile, impose une répartition nouvelle des responsabilités à l'intérieur de l'établissement. De même, la réforme du régime budgétaire nécessite que chacun des services¹ des centres de santé participe à la définition des sous-objectifs, des activités et des programmes qui permettent d'atteindre avec plus d'exactitude ces sous-objectifs. Pour réaliser ces objectifs, on délègue en partie l'autorité aux directeurs des services. Ceux des principaux services, qu'il s'agisse de services de type professionnel ou de services auxiliaires, participent donc étroitement à la réalisation des objectifs du centre de santé, y compris celui d'une gestion efficace.

¹ Pour le sens dans lequel le mot « service » est employé ici, voir le chapitre VI du présent rapport : « L'organisation du régime de la santé ».

1017. Il existe actuellement un problème relatif au partage des responsabilités à l'intérieur des hôpitaux. Le médecin assume la responsabilité de la qualité des soins, tandis que l'administrateur répond de l'efficacité. Or tout chef de service, de département¹, ou directeur de programme est responsable à ce niveau de l'ensemble des objectifs du service, ou du programme.

1018. En somme, au point de vue de l'efficacité de la gestion, il importe d'éviter dans l'avenir que les responsabilités à l'intérieur du centre de santé correspondent à une division professionnelle des tâches, et qu'elles soient partagées par rapport à des sous-objectifs de « qualité » d'une part, et d' « efficacité » d'autre part. Quelle que soit la manière de distinguer les objectifs ou sous-objectifs, on définit ceux-ci par rapport aux composantes des services : chacune de ces composantes requiert une gestion efficace, et chacune obéit à des normes de qualité définies. Il va de soi que la réalisation de chacun de ces sous-objectifs implique la coopération active de plusieurs catégories de personnel, et le « comité de régie » assure cette coopération au niveau des décisions quotidiennes de gestion du centre de santé.

1019. Ayant autorité sur les décisions de gestion au niveau du service, les principaux directeurs ou chefs de services occupent leurs fonctions à plein temps et disposent d'un personnel de cadre qui les assiste dans leur gestion.

1020. Il est essentiel aussi, autant pour l'efficacité des services que pour la qualité des soins, que le personnel professionnel s'intègre vraiment aux centres de santé et qu'il ait à cœur la réalisation de leurs objectifs. Ainsi le soulignent des auteurs dans un article publié par l'Organisation mondiale de la santé :

In many developed countries, it has been found that a team composed of a specialist physician as surgeon with an experienced assistant and one or two recently qualified assistants, all working full time, can look after about sixty beds and the associated out-patient services².

1021. Enfin, et ceci nous paraît extrêmement important dans le contexte où le centre de santé s'ajuste aux besoins réels de la population, et non l'inverse, les professionnels qui participent aux activités des centres de santé par un travail à temps partiel ont des

¹ Pour le sens dans lequel le mot « département » est ici employé, voir le chapitre VI du présent rapport : « L'organisation du régime de la santé ».

² R. Llewelyn-Davies et H. M. C. MacAulay : *Hospital Planning and Administration*, World Health Organization, Genève, 1966, p. 89 (Série de Monographies, N° 54).

responsabilités bien définies concernant les périodes de disponibilité et coopèrent étroitement aux objectifs poursuivis par le centre de santé. Comme le soulignent les mêmes auteurs :

The times and periods of their hospital attendance should be very clearly defined and conscientiously observed, so that the claims of private work will not be permitted to conflict with hospital duties ¹.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

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.*

D. — LA MOTIVATION DU PERSONNEL

1022. Un des rôles critiques de la gestion est d'accroître le rendement du personnel. À l'occasion d'une réévaluation des tâches, on découvre souvent des obstacles majeurs sous forme d'aménagements physiques non fonctionnels des lieux, d'installations et de matériel dépassés, de règles de fonctionnement mal définies et de méthodes de travail qui gagneraient à être remises en cause. L'une des meilleures façons, semble-t-il, d'obvier à ces obstacles, réside dans la participation du personnel à l'analyse systématique du fonctionnement d'un service. Seuls la motivation et le désir de satisfaction personnelle

¹ Llewelyn-Davies et MacAuly, *op. cit.*, p. 89.

dans l'exécution d'une tâche permettent au personnel de faire cette auto-évaluation. On fait souvent état du faible rendement du secteur public, par opposition à ce qu'on observe dans le secteur privé. Les hôpitaux du Québec comptent maintenant plus de 100,000 employés. Rencontre-t-on dans le secteur privé des employeurs aussi importants qui ne sentent pas le besoin, à un moment ou l'autre, de connaître l'opinion de leur personnel sur leur milieu de travail, aussi bien que sur les initiatives susceptibles d'améliorer à la fois le rendement du service et leurs conditions de travail ?

1023. Outre la qualité des conditions générales du milieu de travail, dont nous avons traité antérieurement, la structure des promotions est un élément important de la motivation du personnel. Le découloignement des programmes de formation des diverses catégories du personnel s'impose comme la première phase essentielle à l'ouverture des carrières dans les professions de la santé. Il est possible au personnel de chaque niveau d'atteindre, par un complément de formation appropriée, à un statut supérieur d'emploi. De plus, la mobilité interprofessionnelle est un facteur qui influe grandement sur les besoins de main-d'œuvre; il peut dans certains cas pallier rapidement les pénuries. Des programmes de reclassement et de recyclage reflètent ces préoccupations et les conditions d'emploi et de rémunération tiennent compte de l'existence de telles possibilités.

1024. À mesure que ces programmes s'organisent, on y greffe un système de stimulants pour accroître le rendement, complément direct de la motivation du personnel. On peut, par exemple, répartir entre le personnel cette partie des sommes d'argent qui représente la différence entre les dépenses d'un service et le coût normalisé, notamment en vue de l'accumulation de congés de perfectionnement.

1025. On peut également créer, pour le personnel professionnel de la santé, des plans de carrière plus intéressants que ceux qui sont offerts présentement. La formation d'un véritable réseau de centres de santé, qui diversifie les postes et favorise la mobilité du personnel, ouvre des possibilités plus grandes d'avancement dans la carrière. De même, on doit d'abord baser la promotion à des postes supérieurs sur la compétence et le rendement, et non pas seulement sur l'ancienneté comme on le fait actuellement.

1026. Le niveau et la structure des rémunérations revêtent une importance particulière comme facteurs de recrutement d'un personnel compétent. Citons l'exemple récent des rémunérations offertes aux psychologues et aux travailleurs sociaux par le ministère de la

Santé et les hôpitaux et qui sont nettement inférieures à celles qu'on accorde aux mêmes professionnels dans le secteur de l'éducation.

1027. La structure des rémunérations incite également le personnel au perfectionnement. Aussi est-il inadmissible que, à toutes les étapes de la carrière, l'année de service compte davantage dans la rémunération du travailleur que l'année complémentaire de formation.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

- 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.*

E. — LA STRUCTURE DES OCCUPATIONS

1028. Dans le contexte d'une réorganisation complète du régime de la santé, on accorde beaucoup d'importance à la recherche d'une définition plus appropriée des rôles de chaque catégorie du personnel de la santé. Étape essentielle et condition permanente d'un rendement plus élevé, cette recherche s'impose encore du fait qu'on remet en cause les objectifs et le rôle des principaux établissements de santé : hôpitaux, « unités sanitaires » et autres. Sur le plan des objectifs, nos recommandations antérieures insistent sur l'accès physique et psychosocial aux soins, plutôt que sur l'aspect technique du diagnostic et du traitement de la maladie; et sur le plan des rôles, elles mettent l'accent sur la complémentarité des établissements et la continuité des soins.

1029. Ainsi, l'évaluation des tâches des diverses catégories de personnel devient un élément de base sur lequel s'appuient la réorganisation des centres de santé, la détermination des besoins en ressources humaines et des programmes d'enseignement courant et de mise à jour des connaissances. De plus, l'évaluation des tâches sert de fondement aux critères de sélection et de promotion du personnel, et définit les possibilités d'améliorer les conditions de travail et la productivité générale du régime de la santé.

1030. La classification des occupations est donc, en quelque sorte, le point d'arrivée d'un ample programme de recherche qui comprend l'analyse systématique des tâches, avec définition des qualités et titres nécessaires pour leur accomplissement et des substitutions possibles entre les divers types et niveaux de personnel. Axé sur les techniques de recherche opérationnelle, ce programme est conduit en milieu de travail et, à cause de l'influence de l'aménagement des lieux physiques sur l'utilisation du personnel, il débouche sur une étude de rentabilité des réaménagements et donne lieu à la définition de certains critères propres à améliorer la souplesse des plans futurs d'aménagement. Ce dernier aspect revêt une importance particulière pour l'avenir, car le type d'hôpital construit aujourd'hui répond difficilement aux besoins du CCS parce que ses services sont destinés à un grand nombre de personnes, dont l'état requiert des soins généraux ou spécialisés, sans qu'il soit nécessaire de les hospitaliser.

1031. Plusieurs aspects de la classification des emplois et de la définition des tâches s'imposent comme facteurs déterminants des conditions de travail. En ce sens, ils font l'objet de la négociation

et du renouvellement d'un contrat de travail, et ne sont pas imposés unilatéralement par l'une ou l'autre des parties. Il n'en demeure pas moins qu'on doit concevoir l'analyse et l'évaluation des tâches comme une opération de nature permanente et distincte de la négociation. La responsabilité de cette tâche incombe à l'employeur, qui a grand avantage à y faire participer les principaux intéressés.

1032. On a amorcé au Québec plusieurs tentatives dans ce domaine de l'évaluation des tâches. Certaines d'entre elles relèvent d'une philosophie tout à fait contraire à la poursuite d'un objectif de rationalisation dans l'utilisation du personnel, objectif qui permet une certaine substitution des tâches. Nous pensons particulièrement à l'expérience récente du ministère de la Santé qui a élaboré un livret sur la description des tâches de diverses catégories du personnel infirmier. En effet, ce livret se fonde sur le rapport d'un comité dont le mandat est défini de la façon suivante :

Les fonctions principales de ce comité seront d'établir les fardeaux des tâches des infirmières, ainsi que les responsabilités à attribuer à chaque catégorie d'infirmières en vue d'assurer aux malades une qualité des soins la meilleure au meilleur coût possible ¹.

La seule lecture des termes de ce mandat en relève l'ambiguïté. Il est impossible en effet de concilier les deux objectifs : assurer au malade la meilleure qualité des soins et y parvenir au meilleur coût possible. Analytiquement du moins, il faut dissocier les deux objectifs.

1033. Plus récemment, un comité de recherche, institué en vertu d'un accord conclu entre les gouvernements du Canada et du Québec et formé de l'Association des hôpitaux de la province de Québec et de la Fédération nationale des services (CSN), recevait le mandat d'étudier dans une perspective d'avenir les problèmes de la main-d'œuvre hospitalière québécoise. Le mandat de ce comité comprend quatre phases principales : (1°) examen de l'évolution technologique et administrative; (2°) inventaire total de la main-d'œuvre actuelle et étude de ses caractéristiques fonctionnelles; (3°) étude des structures des occupations dans le milieu hospitalier; (4°) prévision, à partir de ces données, des besoins futurs de main-d'œuvre et suggestions aux parties signataires, des politiques et programmes d'action appropriés pour une meilleure adaptation de la main-d'œuvre aux changements technologiques et administratifs. Nous souscrivons à cette formule, à condition qu'on prévoie un mécanisme qui coordonne

¹ Comité supérieur du « nursing » : « Rapport à l'honorable ministre de la Santé de la province de Québec », première partie, p. 3.

les travaux de ce comité avec la réorganisation du régime de la santé. Il est nécessaire en effet qu'on fixe les étapes principales de la recherche sur l'évaluation des tâches, de telle sorte qu'elles répondent le mieux possible aux diverses phases de l'implantation d'un véritable réseau de centres de santé.

1034. Toutefois, des priorités existent dans le domaine des recherches sur l'utilisation du personnel à l'intérieur de l'hôpital. Ces études veulent accroître l'efficacité du milieu hospitalier, quelle que soit l'orientation générale de l'hôpital dans l'avenir.

1035. Il est urgent, par exemple, que l'on évalue la fonction des soins infirmiers, le contenu et le partage des tâches actuellement dévolues à l'infirmière, et le bien-fondé de sa participation à des tâches de caractère essentiellement administratif. À cet égard, les conclusions des études déjà effectuées sont révélatrices : une large partie des tâches de l'infirmière ne répondent pas aux besoins des malades, mais simplement aux exigences d'une routine établie¹.

1036. Enfin, le caractère irrégulier de la demande de soins exige qu'on augmente la mobilité des effectifs. La limite des ressources existantes permet d'estimer qu'un accroissement de la mobilité du personnel et de la productivité des ressources sanitaires sont des conditions essentielles pour rendre les soins plus accessibles. C'est en effet le peu de mobilité du personnel, le cloisonnement, la définition peu appropriée des tâches qui nous amènent à considérer les ressources sanitaires comme suffisantes en nombre, alors que la projection de la demande de personnel, à partir de l'utilisation actuelle, classe la rareté des ressources spécialisées parmi les problèmes majeurs.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

4.VIII.159. QU'un vaste programme de recherche couvre tout le Québec, en vue de redéfinir les tâches et de re-classifier les emplois.

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

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 souplesse des plans d'aménagement des centres de santé.*

II. — LA GESTION ET LE SYSTÈME D'INFORMATION

1037. Sur le plan de la réforme du système de contrôle des établissements hospitaliers — délégation d'une partie du contrôle de l'ORS, et des décisions relatives à la gestion au niveau du centre de santé — la qualité du réseau de communications prend une dimension toute particulière.

1038. Le fonctionnement d'un tel réseau de communications constitue d'ailleurs un problème de gestion important et distinct, au moins dans sa conception, de la gestion des centres auxquels est destinée ou dont émane cette information. L'information établit des rapports fonctionnels entre les diverses unités de tout système administratif.

1039. La structure et le caractère du réseau de communications sont entièrement liés à la structure du système auquel il sert. Non seulement il est vrai que le besoin d'aménager systématiquement l'information augmente avec la complexité du système, mais on considère aussi, en général, que le degré de centralisation de la gestion a une répercussion directe sur les besoins d'information de tout un système administratif. Parmi les avantages d'une gestion décentralisée, on trouve généralement l'économie que permet de réaliser la décentralisation quant au volume de l'information à acheminer à travers le système. Cela tient au fait que, dans un régime centralisé à l'extrême, toute décision requise au niveau opérationnel le plus bas est prise à l'échelon le plus élevé et requiert un double acheminement : de la base au sommet, quant aux circonstances qui donnent lieu à une décision, et du sommet à la base, quant à l'autorisation

elle-même. La décentralisation qui n'est jamais complète réussit à court-circuiter ce cheminement extrêmement long.

A. — LA QUALITÉ DE L'INFORMATION

1040. La gestion des activités d'information obéit aux mêmes impératifs que l'ensemble du système. Pour être utile à la prise de décision, l'information doit être pertinente, digne de foi, accessible et nécessaire au destinataire. Ce sont là des caractéristiques essentielles de la qualité de l'information.

1041. Chaque unité décisionnelle compte sur une information pertinente, susceptible d'éclairer la prise de décision. Une information trop abondante lui fait perdre du temps; une information déficiente, par sa nature ou son volume, la prive de données essentielles. Ainsi, les chiffres produits sur le « nombre d'heures rémunérées » dans les services hospitaliers offrent l'exemple d'une information non pertinente : on utilise une convention inspirée des contrats de travail à la place d'un véritable indicateur du travail fourni. La crédibilité de l'information est une qualité à laquelle on s'attend normalement. Cette caractéristique suppose l'existence d'un vocabulaire bien défini, car une communication ambiguë a peu de valeur. La définition des termes est une tâche difficile et longue qui contribue à limiter le volume optimum de l'information véhiculée à travers le système, d'autant plus que la fidélité à la terminologie réglementaire impose une certaine vérification.

1042. L'accès à l'information est également fort important, car la gestion réclame une information en temps utile. Hélas, une large partie de l'information, aujourd'hui recueillie à grands frais, ne sert jamais à la prise de décision. Ainsi, les ministères de la Santé, tant à Ottawa qu'à Québec, reçoivent littéralement des tonnes de données dont ils n'ont que faire. Aussi faut-il que l'information ne soit pas trop générale, et que son contenu ne vise pas à être exhaustif.

1043. Enfin, l'information doit être efficace, c'est-à-dire s'adresser à un destinataire. Une information valable et acheminée en temps utile à celui qui en a un besoin précis atteint déjà une certaine efficacité, mais il ne faut pas l'acheminer sans discernement en toutes directions. Il faut, en outre, l'alléger des éléments superflus. Un bon système d'information doit être fonctionnel : être exhaustif est inutile et déprécie le système d'information. Celui-ci ne prétend pas former une image complète de la réalité mais plutôt présenter une information étroitement reliée à des objectifs bien définis. Trop d'informa-

tion nuit à la compréhension. Cette tâche d'épuration, par l'analyse, l'agrégation et la comparaison, relève du système d'information et milite en faveur d'un système qui n'est pas seulement un simple instrument de transmission, mais plutôt une « usine d'information ».

B. — LES OBJECTIFS DE L'INFORMATION

1044. L'information constitue la matière première sur laquelle s'appuient les décisions¹ et, comme celles-ci portent sur divers objets, la nature de l'information doit en refléter les différences et, par conséquent, être conçue pour répondre à des besoins spécifiques. Si différentes soient-elles, les décisions qui relèvent des multiples centres de décision à l'intérieur du régime de la santé ne peuvent ignorer l'interdépendance des divers aspects du fonctionnement de ces services. De la même manière, l'information ne saurait être compartimentée par rapport à ses caractéristiques propres. On ne la conçoit donc pas par tranches relatives aux activités cliniques, à l'utilisation des ressources humaines, aux données épidémiologiques ou au financement. Au contraire, on ouvre ces barrières théoriques et on effectue des groupements d'informations en fonction de l'utilisation pratique, c'est-à-dire par rapport aux objectifs et aux sous-objectifs poursuivis par les divers centres de décision du système. L'information nourrit les relations fonctionnelles entre les différents éléments du régime de la santé et son contenu reflète donc les termes multiples de ces relations. En particulier, on considère comme une vue de l'esprit, sans aucune justification, la notion de système d'information financière (et administrative) dissocié de celui de l'information opérationnelle, épidémiologique et clinique.

1045. Une explication du rôle multiple du système d'information, dans le secteur des établissements de santé, exige que l'on se réfère à chacune des activités principales qui constituent l'administration du secteur.

1. — LA PLANIFICATION ET L'ANALYSE DU RÉGIME DE LA SANTÉ

1046. Sans la rendre complète et exhaustive, il faut élargir la base de l'information nécessaire à la planification. Cela requiert, en plus des données épidémiologiques et démographiques, des indicateurs socio-économiques par régions et par groupes de population, et des indicateurs concernant l'utilisation des soins. Actuellement, l'absence

¹ La décision implique toujours un jugement de valeur. L'information ne remplace pas la prise de décision, mais facilite celle-ci et l'éclaire.

de données qui précisent la relation entre l'état de santé d'une part, et les conditions du milieu, les variables socio-économiques et culturelles, et l'utilisation des soins d'autre part, empêche toute analyse satisfaisante de la qualité et du rendement globaux du régime de la santé.

2. — LE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

1047. Le contrôle de la qualité s'effectue de plusieurs manières, selon des exigences différentes quant à l'information nécessaire. Il est normal d'établir un certain type de contrôle de la qualité d'après l'examen détaillé et approfondi d'un petit nombre de cas individuels sélectionnés par un procédé d'échantillonnage. Dans ce cas, l'organisme de contrôle de la qualité détermine lui-même, par l'observation directe, le type de données nécessaires. Ainsi, le contrôle de la qualité se rapproche de très près de la recherche opérationnelle ou de l'analyse des tâches ¹.

1048. Cependant, le mode d'échantillonnage exige une étude sérieuse des objectifs véritables du contrôle de la qualité, car l'observation des normes de qualité n'a pas partout la même importance et le mode d'échantillonnage doit refléter les variations dans le coût social et humain de toute défaillance du système. Ces variations dans l'importance du contrôle impliquent, par exemple, un mode d'échantillonnage stratifié.

1049. On souligne également le caractère incomplet du contrôle par échantillonnage, car on ne relie pas le type d'information obtenue à l'analyse de la gestion pour laquelle, par exemple, le mode d'échantillonnage n'est d'aucune utilité. Il est souhaitable, sinon indispensable du moins au début, d'intégrer à l'analyse de la gestion certains indicateurs de la qualité des soins. Ainsi, sur la base d'une recherche clinique appropriée, on imagine la définition, pour chaque type d'affection, d'un « cheminement idéal » du malade qui précise, pour les étapes diverses du diagnostic et du traitement, les méthodes, tests, examens et contrôles appropriés. La comparaison des dossiers courants d'un établissement donné à ce « cheminement idéal » révèle un certain nombre d'« écarts ». Une déviation globale, pour le même établissement, qui dépasse une valeur correspondant à des écarts considérés, à l'expérience, comme « inévitables » sert vraisemblablement et directement à l'évaluation systématique de la qualité et, à ce titre, de donnée complémentaire dans l'analyse de la gestion.

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 ».

3. — L'ÉVALUATION ET LA PROJECTION DE LA SITUATION FINANCIÈRE

1050. Le gouvernement doit disposer pour sa gestion d'un état financier qui porte sur l'ensemble du régime de la santé, non seulement de façon occasionnelle mais de façon régulière, sur une base mensuelle ou trimestrielle. Bien sûr, on ne compile pas tous les détails de la situation financière de chaque établissement. Une vue d'ensemble des établissements, à partir d'une ventilation des grands postes du budget du secteur, suffit pour comparer les dépenses avec les crédits budgétaires. Avec, en plus, un petit nombre d'indicateurs que l'analyse de l'expérience passée révèle être à la source des variations observées — y compris les variations saisonnières — il est possible d'effectuer pour quelques trimestres à venir des projections valables des postes principaux de dépenses.

4. — LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE ET L'ANALYSE DES TÂCHES

1051. Dans ce domaine, l'information joue un rôle extrêmement divers et spécialisé. Dans une large mesure, l'information nécessaire est engendrée sur place en fonction d'un problème spécifique et ne porte que sur un aspect bien défini, et qui plus est sur une unité opérationnelle bien circonscrite. Les activités (recherche opérationnelle et analyse des tâches) sont, plus que les précédentes, génératrices plutôt qu'utilisatrices d'information. Toutefois, on doit le plus possible baser la stratégie de la recherche sur un choix éclairé des domaines susceptibles de rendement supérieur par l'application d'un effort de recherche. L'information provient souvent de l'analyse de la gestion, qui révèle une variation excessive des rendements, ou d'un problème de planification, qui met en relief une carence insoupçonnée.

1052. Ces activités fournissent un excellent exemple du « filtrage » nécessaire de l'information. Les données recueillies dans l'exécution d'une étude pilote en vue d'améliorer l'utilisation des blocs opératoires, par exemple, n'ont aucun intérêt en soi à l'extérieur du groupe de recherche opérationnelle : seuls les résultats obtenus fournissent une information transmissible.

5. — L'ANALYSE DE LA GESTION

1053. Cette fonction exige sans aucun doute un usage très généralisé de l'information et débouche, à son tour, sur une information nouvelle, multiforme et utile à presque tous les éléments constitutifs du régime. L'analyse de la gestion, dans le cadre d'un régime décentralisé tel que ce rapport le propose, joue un rôle de premier plan.

1054. Afin de bien comprendre sa contribution, il importe d'en dégager avec soin les caractéristiques essentielles qui constituent précisément ce qui distingue le mieux la méthode de décentralisation croissante. Sur le plan des moyens, les organismes de contrôle et de coordination détiennent l'autorité pour obtenir une information qui leur permet d'évaluer le rendement de chaque établissement. Cette information essentielle à une décentralisation efficace, diffère de sa contrepartie actuelle — budget et processus qui l'entourent — à la fois par son contenu, sa méthode d'élaboration, et sa signification pratique.

1055. Quant au contenu, l'information nécessaire à l'analyse de la gestion embrasse beaucoup plus d'éléments que les seules données financières. Comme l'objectif de la gestion a une dimension économique (l'efficacité), la conformité des réalisations à des autorisations budgétaires de caractère strictement financier ne suffit pas. L'information reflète au contraire la relation qui existe entre l'exécution de la fonction propre à une unité de gestion, et les ressources humaines et autres utilisées à cette fin. À elle seule, la somme de ces ressources employées est dénuée de signification ; par contre, le coût d'un service fournit une indication précieuse sur le caractère de la gestion.

1056. L'information utilisée dans l'évaluation de la gestion doit comprendre les éléments d'un objectif approprié pour une unité de gestion donnée. Ainsi, quoique le coût unitaire d'une activité soit dans tous les cas un élément important de l'analyse, il faut ajouter encore, dans le processus d'évaluation, le nombre d'unités, c'est-à-dire le volume des services, s'il reflète une décision propre à l'unité opérationnelle étudiée.

1057. Considérons, à titre d'exemple, l'évaluation administrative d'un service de radiologie : le coût de l'examen radiologique¹ nous apparaît comme une information capitale et, quoiqu'il ne soit pas la seule information requise, il en constitue l'élément principal. Cependant, le coût de l'examen radiologique intervient d'une autre manière dans l'évaluation du rendement économique d'une unité opérationnelle plus grande que le service de radiologie considéré isolément. Ainsi prenons un CLS dont fait partie intégrante un service de radiologie. Dans ce contexte élargi, il n'est plus possible de traiter, comme déterminé à l'extérieur de l'unité de gestion, le volume total

¹ Pour simplifier, nous supposons ici que l'« examen radiologique » se ramène à une unité standardisée selon une méthode dont nous traitons plus loin.

des services radiologiques réalisés pour le compte de ce CLS¹. Dès lors, sans soustraire à l'analyse de la gestion l'information relative au coût de l'examen radiologique, il faut y ajouter une information qui permette d'évaluer les méthodes de diagnostic utilisées par le CLS et, en particulier, la justification du recours plus ou moins intense (selon la pratique moyenne des CLS) aux examens radiologiques comme technique de diagnostic. C'est surtout cette nécessité qui change de façon considérable l'importance des informations nécessaires à l'évaluation de la gestion. Il est évident qu'on n'évalue pas l'intensité relative du recours aux services radiologiques dans un CLS donné sans une connaissance des données épidémiologiques de la population traitée par le CLS.

1058. Pour donner un exemple extrême et frappant, une prépondérance de cas d'orthopédie explique aisément un recours exceptionnellement élevé aux examens radiologiques, alors qu'une prépondérance de cas d'obstétrique justifie clairement un écart dans le sens opposé.

1059. De nombreux exemples semblables illustrent les exigences d'information dans l'analyse de la gestion des établissements de santé. Ainsi, l'évaluation du coût unitaire (par repas) des services alimentaires des hôpitaux requiert sans doute les données de la fiche médicale, de manière à tenir compte des frais dus aux diètes spéciales et de la possibilité de fournir le service à la cafétéria.

1060. L'organisation de cette information représente en soi une tâche considérable. On ne peut intégrer en vrac à l'analyse de la gestion l'ensemble des données épidémiologiques et cliniques. Seules une étude attentive de la situation de chaque unité opérationnelle et l'utilisation de méthodes quantitatives rigoureuses permettent d'opérer le tri nécessaire et d'établir les pondérations indispensables.

1061. Les avantages d'une intégration de l'information pour l'analyse de la gestion ne se limitent toutefois pas à la promotion d'une gestion efficace. Grâce à la corrélation réalisée entre les données

¹ L'analyse de la gestion ne peut ni ne doit se limiter à la seule évaluation du rendement comparé des unités opérationnelles diverses analogues à celles d'un service de radiologie. Elle doit, au contraire, s'étendre à l'ensemble des unités opérationnelles et porter d'abord sur celles d'un niveau supérieur puisque ce sont celles-là qui sont, en raison de leur polyvalence et de la complémentarité des services qu'elles coiffent, les premières bénéficiaires de la décentralisation proposée. L'évaluation nécessaire de l'unité de gestion de niveau supérieur (l'hôpital) n'exclut cependant pas le recours à des méthodes d'évaluation semblables dans le cas du rendement de chacun des services qu'elle groupe.

cliniques et épidémiologiques et l'utilisation des services, on escompte des progrès sensibles qui rendront plus opérationnelles les normes de qualité des soins, autrement si illusoires.

1062. La méthode d'élaboration de l'information est une autre caractéristique majeure du système d'information nécessaire à l'analyse de la gestion. L'information doit le plus possible prendre la forme d'une comptabilité des coûts. Une certaine information, parallèle à celle de type budgétaire, offre dès maintenant un aperçu des coûts de certaines activités. Cependant, la pratique courante à cet égard ne correspond à la notion de comptabilité des coûts que d'une manière passablement superficielle. Nous faisons allusion, par exemple, à la diffusion de données comptables par jour/malade ou par lit.

1063. La difficulté que présente une comptabilité des coûts dans le domaine des soins tient à ce que les soins sont reliés à tout un ensemble de facteurs. Cette multiplicité de facteurs explique les variations très considérables d'un hôpital à l'autre — par exemple — dans le coût total de l'hospitalisation par malade, ou par lit, ou par jour/malade. Toutefois, on connaît un grand nombre de facteurs qui influent sur les coûts : nature et importance relative des affections traitées, intensité d'utilisation des soins spécialisés pour un type d'affection donné, coût unitaire de chacun des types de soins, etc.¹. Ces facteurs sont susceptibles d'une représentation quantitative et on peut évaluer leur influence sur les coûts. C'est, sans aucun doute, sur les méthodes d'évaluation que repose la clef du problème.

1064. Les méthodes quantitatives modernes ont déjà relevé des défis aussi difficiles dans la solution de problèmes importants. Des méthodes statistiques éprouvées existent, qui évaluent, en deçà d'une marge d'erreur très faible, l'influence respective de plusieurs facteurs considérés simultanément, en faisant varier une variable quelconque. Ces méthodes nous paraissent tout indiquées dans l'analyse de la gestion d'opérations aussi complexes que celles des établissements du secteur de la santé.

1065. Le régime de financement proposé suppose une information qui permette une analyse et une évaluation appropriées de la gestion.

¹ Ceux-ci sont des facteurs dont l'influence est réelle par opposition à des facteurs apparents, tels la taille et les fonctions (soins, enseignement, recherche) de l'hôpital. Ces deux derniers facteurs ont en fait une influence indirecte par rapport à celle qu'exercent les facteurs réels dont l'analyse est d'autant plus ardue qu'elle ne peut s'appuyer sur une information suffisamment précise.

On trouvera en appendice ¹ une illustration de la nature et des caractéristiques de cette information sous l'expression « budget normalisé », et qui consiste effectivement à déterminer une norme d'évaluation du rendement administratif ².

C. — LES RESPONSABLES DE L'INFORMATION

1. — LES SERVICES ADMINISTRATIFS

1066. Comme l'information est le reflet d'une réalité, elle tire nécessairement sa source de cette réalité même : chaque composante du régime de la santé engendre, à l'intention du gouvernement et du public, une information sur son activité. Au point de vue médical même, la production d'information sous la forme d'un dossier médical revêt une importance de premier plan, car ce dossier est un des instruments principaux de l'activité médicale.

1067. Au point de vue de la gestion, l'information revêt une égale importance. Chaque établissement possède un « dossier de gestion » — y compris un diagnostic administratif continu — comparable sous bien des aspects au dossier médical du malade.

1068. Chacune des composantes du système est, à cause du caractère de ses activités, à l'origine d'un type particulier d'information. Le directeur administratif de chaque centre est responsable de la production de cette information et de son acheminement au destinataire immédiat. Ainsi, par exemple, le directeur du CCS veille à la préparation de rapports périodiques sur les activités du centre et fournit aux intéressés les indications nécessaires à l'évaluation, au contrôle ou à l'analyse de leur gestion. L'information relative aux finances provient des services comptables des ORS, à qui incombe la responsabilité des opérations de trésorerie. Enfin, le ministère de la Santé lui-même émet des informations sur les normes administratives, les résultats des travaux de recherche opérationnelle, les conclusions des analyses de tâches et de contrôle des activités médicales et, enfin, sur le programme de développement et les projets d'immobilisations.

¹ Voir l'appendice VIII.1 du présent chapitre : « Le calcul du budget normalisé ».

² La description des caractéristiques de cette information nous permet de montrer que le « budget normalisé » n'équivaut pas au budget traditionnel qui tient lieu d'autorisation de dépenser. Le budget normalisé, qui procède de normes rigoureuses d'estimation par opposition à un processus d'arbitrage administratif, nous apparaît de loin plus utile tant pour l'administration, en général, que pour l'évaluation du rendement de la gestion.

1069. La production de l'information au niveau des unités opérationnelles et des ORS soulève le problème de sa périodicité. En effet, on la recueille de façon continue et on l'accumule « sur place » en quelque sorte, mais sa transmission aux destinataires se fait, au contraire, de façon périodique. La périodicité optimale varie nécessairement selon l'objectif poursuivi dans la collecte de l'information. En certains cas, ce problème ne se pose pas. Ainsi, pour des fins de recherche opérationnelle, le destinataire recueille lui-même ses données, qui, sous cette forme, ne font pas l'objet d'une transmission : il les exige alors selon les besoins d'un service, aussi souvent qu'il est nécessaire.

1070. En vue de l'analyse de gestion, de la planification et de l'évaluation de la situation financière du système, on transmet toutefois ces données, et la périodicité est alors déterminée par la nature du problème. L'évaluation de la situation financière exige des informations à peu près mensuelles; par contre, des données annuelles satisfont normalement les services de planification. Pour l'analyse de la gestion, les données mensuelles semblent trop fréquentes et trop peu variables de manière significative pour être valables et nécessaires. On ne peut trancher définitivement cette question sans une étude plus approfondie, mais il est probable qu'un rythme trimestriel permet de rassembler, sur chaque centre, des données suffisamment nombreuses et à intervalles assez rapprochés pour évaluer systématiquement ses caractéristiques et pour déceler et corriger, au moment opportun, les déviations observées par rapport aux normes en vigueur. Une évaluation trimestrielle de la gestion des unités opérationnelles représente cependant une tâche complexe qui peut se révéler pratiquement impossible, du moins au début.

2. — LES SERVICES TECHNIQUES

1071. Les directeurs des centres de santé, les services comptables des ORS et les services de normalisation et de contrôle de la qualité des soins du ministère ne constituent pas les seuls producteurs d'information, car ils n'offrent que l'information « primaire ». Celle-ci doit être dans bien des cas rassemblée, analysée et « filtrée » d'une manière ou d'une autre, avant de servir utilement ses destinataires éventuels.

1072. Cette opération de « filtrage » de l'information s'exécute de la façon très poussée dans la recherche opérationnelle qui recueille et analyse des masses très considérables de données, alors que le résultat éventuel aboutit à des informations relativement simples.

Cette information « secondaire », fruit d'études minutieuses, est par contre d'un très grand intérêt pour l'ensemble du système. Si la recherche opérationnelle en est encore à ses débuts, quant à ses applications aux services médicaux, on fonde cependant sur elle des espoirs considérables.

1073. La tâche gigantesque de l'analyse de la gestion justifie également l'importance des services techniques de traitement de l'information. La masse des données à traiter, la périodicité nécessaire, la très grande valeur pratique des résultats et la part considérable d'inconnu au départ, constituent autant de défis à relever.

1074. À cause de la nécessité d'une standardisation à l'échelle du régime de la santé, à cause aussi de la rareté du personnel spécialisé nécessaire, il faut songer à la création d'un seul service technique — logiquement implanté au sein du ministère de la Santé — pour l'élaboration, la mise en marche, le fonctionnement et le développement de la méthode d'analyse. Les remarques relatives au service de recherche opérationnelle s'appliquent également au service d'analyse de la gestion.

1075. Les méthodes modernes de compilation et d'analyse des données ouvrent des perspectives nouvelles qu'on commence seulement à exploiter. La recherche d'une administration plus efficace et d'un contrôle plus systématique de l'activité des hôpitaux a suscité la naissance, aux États-Unis, de services commerciaux de collecte et de compilation de multiples données, tant sur la nature des soins que sur l'intensité de leur utilisation¹.

1076. Ces systèmes se répandent rapidement chez nos voisins. Quelques établissements hospitaliers canadiens y ont souscrit, dont certains du Québec. Certes, ces programmes constituent une première tentative valable, mais ils en sont encore à un stade embryonnaire au point de vue des méthodes analytiques. De plus, le coût pour les hôpitaux du Canada s'accroît par l'obligation de fournir aux administrations provinciales et fédérales des données sur une base fort différente de celle qui est utilisée pour ces services et, ainsi, le travail de transcription s'en trouve pratiquement doublé.

¹ Ces services, auxquels font appel en toute liberté un assez grand nombre d'hôpitaux, répondent à divers besoins et sont connus sous les noms suivants : *HAS* (Hospital Administrative Services), *CAP* (Cost Allocation Program), *PAS* (Professional Activity Study) et *MAP* (Medical Audit Program). Quoique certains d'entre eux remontent au début des années 60, la plupart sont très récents et doivent leur existence à l'avènement, aux États-Unis, du programme *Medicare*.

1077. Pour toutes ces raisons, nous croyons donc inopportun de recommander aux hôpitaux du Québec l'abonnement à ces services. Ceux-ci se sont développés dans le contexte américain où, jusqu'à récemment, l'État ne participait pas au financement et à l'organisation des soins. Ces entreprises, en quelque sorte coopératives, de collecte et de comparaison des données financières et opérationnelles comblent partiellement ce vide. Or, la situation au Canada est différente, car des précédents existent, qui associent la participation gouvernementale à l'édification d'un système d'information relatif au secteur de la santé : c'est sur cette base qu'il convient de construire.

On considère l'élaboration d'un système d'information à l'usage interne des centres de santé comme une partie essentielle du modèle administratif recommandé dans le présent rapport, car les besoins d'information énumérés ne s'ajoutent pas simplement aux activités actuelles de collecte et de transmission de l'information. On doit réévaluer l'ensemble de l'information courante et éliminer le double emploi.

En vue de cette réévaluation, on retient qu'en général l'information doit être sélective, c'est-à-dire réglée en fonction des besoins précis de l'utilisation, et qu'elle doit être transmise dans les meilleurs délais. Sans être exhaustive ou chercher à l'être, elle doit refléter les divers aspects fonctionnels des activités des services sur lesquels elle porte.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

- 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.*

III. — L'ORS ET LA GESTION DES CENTRES DE SANTÉ

1078. L'existence des ORS facilite grandement la décentralisation des décisions de gestion au niveau des centres de santé. Assurément, il n'est pas inconcevable que l'État assume lui-même toutes les fonctions de planification, de programmation et de contrôle de la gestion, assignées ici aux structures régionales. Toutefois, cette complète centralisation du pouvoir de décision, sauf pour ce qui relève strictement du fonctionnement continu des services, ne manquerait pas, à cause de l'éloignement, de ressusciter les frictions et les tracasseries actuelles, sans oublier qu'elle réduirait, au départ, les chances d'une efficacité accrue du régime de la santé, et compromettrait également l'efficacité du contrôle.

1079. L'ORS, par son rôle de planification des besoins régionaux, de programmation et de coordination des soins, peut assumer, au bénéfice des centres de santé, un rôle de soutien dans la recherche d'une plus grande efficacité. La présence d'un organisme régional de santé permet la centralisation des décisions qui concernent plus d'un seul centre de santé et qui doivent être prises à la lumière d'une certaine complémentarité des établissements et des services. Mais chose plus importante encore, elle situe cette centralisation et cette fonction de coordination à un niveau proche des décisions quotidiennes relatives au fonctionnement des services.

A. — LA PLANIFICATION RÉGIONALE DES CENTRES DE SANTÉ

1080. La décentralisation des décisions de programmation, d'innovation et de recherche est intimement liée à l'existence d'un organisme intermédiaire entre les centres de santé, d'une part, et le ministère de la Santé, d'autre part. Confier à chacun des établissements de santé les décisions de cette nature équivaut à empêcher toute planification globale de l'orientation et du développement du régime de la santé. Ces décisions appartiennent donc d'emblée à l'ORS.

1081. On lie étroitement à la planification les décisions d'innovation et de recherche, même si elles n'en possèdent pas le caractère global et systématique. La modification, généralisée à tout le réseau des centres de santé, des normes professionnelles et techniques, suppose une expérimentation préalable, à l'aide de projets et d'organismes pilotes qui accumulent les connaissances nécessaires à leur mise en place systématique.

1082. Quant aux décisions de programmation, elles supposent la conception et la mise en œuvre de programmes, en vue de réaliser les objectifs du régime conformément aux normes pré-établies. Cette programmation exige la coordination dans l'organisation systématique de nouveaux services; elle exige également l'exercice continu d'une surveillance, en vue d'assurer le respect des normes professionnelles ou techniques qui régissent la distribution des soins et qui constituent le contexte dans lequel sont prises des décisions de gestion. Les décisions de programmation touchent de façon particulière les immobilisations de même que leur financement.

1083. C'est en fonction des décisions de cette nature qu'il appartient à l'ORS de définir l'ensemble des besoins de la région, grâce à une connaissance constamment mise à jour des données démographiques, épidémiologiques, techniques et économiques. À partir des priorités ainsi définies, chaque ORS élabore un programme de développement susceptible d'assurer la réalisation des objectifs généraux du régime et de répondre le mieux possible aux besoins de la région. Il est évident que ce programme s'inscrit d'emblée dans la ligne d'une planification globale connue au niveau provincial et qu'il doit respecter les normes provinciales de développement et recevoir l'approbation du ministère de la Santé. Grâce à ce schéma d'action, la création, l'expansion, la fusion ou la fermeture des centres de santé, de même que la mise en œuvre de nouveaux programmes de soins ou leur modification, relèvent de l'ORS.

1084. Du dynamisme de l'ORS dans l'exercice de son rôle de planification régionale dépend, principalement, l'efficacité globale du régime de la santé. De plus, dans la transition vers un régime nouveau, nous considérons l'ORS comme l'organisme-clé d'initiation et de mise en place des structures nouvelles au niveau des CCS et des CLS. Cependant, l'ORS exercera également un rôle important dans la gestion et le contrôle des centres de santé.

B. — LES SERVICES COMMUNS DES CENTRES DE SANTÉ

1085. Parmi les décisions relatives à la gestion, il en est dont l'application déborde le centre de santé comme tel, parce qu'elles donnent lieu à un groupement des activités, des services et des moyens de production à l'échelle de plusieurs établissements de santé.

1086. Bien que ce ne soit pas là le but principal de la régionalisation du régime de la santé, l'ORS joue un rôle dynamique dans la rationalisation et la coordination des moyens de production. Qu'il s'agisse de centralisation de certains services : laboratoires, buanderie, cafétéria, etc., d'amélioration et de normalisation du système d'information, de modernisation des opérations comptables, de rationalisation des achats, de standardisation des fournitures et des inventaires, etc., toutes mesures propres à améliorer la gestion des services de santé, la participation de l'ORS dans les décisions de cette nature favorise la mise en œuvre de tous ces moyens.

1087. Toutefois, la réalisation d'économies considérables n'est pas un motif suffisant pour que l'ORS prenne en charge et gère directement des services qui relèvent des centres de santé. Les centres de santé eux-mêmes géreront la plupart de ces services sur une base coopérative. La centralisation au sein de l'ORS de services fournis pour le compte des centres de santé s'impose seulement en cas de nécessité, pour renforcer le rôle de coordination des services, ou encore pour justifier l'exercice d'un contrôle financier approprié. C'est pourquoi nous limitons à trois les services ainsi groupés au niveau de l'ORS : les opérations comptables et financières, la négociation des prix et la standardisation des fournitures, et la gestion du personnel.

1. — LA MODERNISATION DES OPÉRATIONS COMPTABLES

1088. L'ORS exerce, au nom des établissements de santé, les tâches administratives de la comptabilité et des opérations de trésorerie.

1089. La mise en commun des sommes versées aux centres de santé d'une région permet des économies considérables au titre des fonds de roulement. Elle permet d'utiliser pleinement les possibilités de l'informatique et peut entraîner une économie additionnelle, grâce à un règlement plus régulier des comptes des fournisseurs. La participation de l'ORS au contrôle administratif et financier des centres de santé exige une centralisation de la comptabilité qui assure l'harmonisation des normes comptables, procure, dans un délai minimum, une image complète de la situation, y compris tous les détails néces-

saires, et rend plus efficace l'établissement d'un service de diagnostic administratif au bénéfice des centres de santé.

2. — UNE POLITIQUE D'ACHATS ET DE SERVICES COMMUNS

1090. À toute fin pratique, il est irréfutable que, dans le domaine des achats de médicaments et de fournitures médicales, la négociation centralisée des prix permet aux hôpitaux de réaliser des économies appréciables. Il en est de même des autres types de fournitures pour lesquelles on déplore le peu d'efforts sur le plan de la standardisation, de la recherche de meilleurs fournisseurs et de l'établissement de méthodes appropriées d'inventaires. La détermination des normes, quant au niveau optimal des stocks, constitue un problème complexe de recherche opérationnelle dont l'étude requiert un personnel spécialisé. Nous croyons cependant que la centralisation n'a pas à s'occuper du problème du stockage lui-même, dont la solution appartient à chaque centre de santé.

1091. On assiste présentement à un développement, sous forme coopérative, des services de blanchissage, d'entretien ou de réparation des immeubles. À mesure que les fonctions du CCS se diversifient et se spécialisent, ce concept de groupement englobe certains services du domaine de la santé : laboratoires, pharmacie, services de contrôle de l'activité professionnelle, etc., afin d'en assurer la rentabilité optimale. Toutefois, pour toutes ces autres activités des centres de santé, qui se prêtent à des économies d'échelle, nous excluons le principe selon lequel l'ORS participe directement à leur gestion sur une base commune.

1092. L'ORS sert plutôt de catalyseur et d'intermédiaire dans l'organisation, sur une base coopérative, de tels services. À plus forte raison faut-il inclure ces services dans le budget des centres de santé, et non pas en faire porter la charge financière directement par l'ORS.

1093. De plus, à moins qu'une situation déficitaire continue n'incite un centre de santé à élaborer un plan de relèvement financier, la participation de ces centres à des activités communes ne doit pas être obligatoire. Ces services appartiennent d'emblée aux activités de gestion, dont la responsabilité incombe en premier lieu aux comités de régie; l'ORS sort de son rôle lorsqu'il assume d'office ces tâches ou oblige les centres à les assumer. Enfin, soulignons que le groupement, sur une base coopérative, n'est pas la seule forme possible de rationalisation des services. Dans bien des cas, il est plus avantageux pour les hôpitaux de louer les services d'une entreprise commerciale,

plutôt que de fournir ou de produire eux-mêmes le service, même sur une base commune. Dans chaque cas, on doit faire une estimation des coûts.

1094. Par contre, il est bien entendu que l'achat du matériel spécial relève aussi de l'ORS. Nous songeons ici à certains appareils fort coûteux et non rentables dans un seul hôpital; par exemple, la mécanographie dans le domaine administratif et l'unité de radiothérapie, dans le domaine clinique. L'ORS exerce ici un rôle essentiel de coordination, car on ne fait de telles dépenses qu'après s'être entendu sur une utilisation commune en connaissant parfaitement les besoins nouveaux en personnel spécialisé nécessaire à leur fonctionnement et en sachant comment se répartiront les coûts afférents.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

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.

3. — UNE POLITIQUE DE GESTION DU PERSONNEL

1095. Les responsabilités de l'hôpital dans le domaine de la gestion du personnel — administration des conventions collectives, formation, recrutement, relations de travail, organisation du travail — sont multiples et variées. La façon dont l'hôpital s'acquitte de ces responsabilités affecte la qualité des soins et la productivité des services.

1096. La régionalisation des soins donne lieu à une répartition nouvelle des responsabilités de gestion du personnel entre l'ORS d'une part, et les centres de santé, d'autre part. Il est évident qu'on s'acquittera d'une partie de celles-ci avec plus de chances de succès au niveau régional. Toutefois, ce partage nouveau tiendra compte du fait que, dans le domaine des relations de travail, certaines fonctions s'exercent dans le milieu même de travail.

a) L'application des conventions collectives

1097. Il existe déjà, en matière de conventions collectives, un mode de négociation provinciale, auquel sont parties le gouvernement du Québec et l'Association des hôpitaux. Le domaine de la négociation dans le secteur public est en pleine phase d'évolution et de structuration et un jugement global sur la valeur des mécanismes actuels dépasse à la fois la compétence et le mandat de la Commission. Les suggestions que nous formulons sont fondées d'abord sur la relation entre certaines clauses des conventions collectives et l'efficacité de la gestion, ensuite sur la difficulté d'interprétation et d'application de ces clauses ou des conventions dans leur ensemble et, enfin, sur certaines caractéristiques des procédures et des griefs. Elles embrassent encore la participation des centres de santé aux phases d'étude antérieures à la négociation et la permanence de la fonction d'étude et d'évaluation.

1098. La présence des organismes régionaux comme partenaires de l'État canalise et accroît la participation des centres de santé, car chacun y fait valoir son point de vue, par le truchement de ses représentants à l'ORS. Une participation plus étroite des centres de santé nous apparaît essentielle, face aux problèmes que pose actuellement l'interprétation des clauses des conventions collectives.

1099. Dans cette optique, un groupe provincial permanent des relations de travail exercera une fonction d'étude, particulièrement dans l'évaluation de l'application des conventions collectives et l'examen des procédures générales de griefs. Parallèlement à la négociation des salaires, toutes les clauses normatives sont d'intérêt majeur pour les responsables directs de la gestion. Reconnaître l'utilité de leur participation, c'est s'assurer que, par la suite, ces clauses ne viendront pas en conflit avec la règle administrative.

b) Le recrutement et le perfectionnement

1100. L'ORS assume des rôles importants en vue du perfectionnement et du recrutement du personnel de la santé.

1101. Toutefois, ces rôles ne font pas double emploi avec ceux des centres régionaux de main-d'œuvre. Les deux organismes travaillent en collaboration. L'ORS assume, par exemple, la responsabilité d'identifier les besoins : programmes de reclassement, de recyclage et de perfectionnement, et nouveau personnel. Une fois ces besoins établis, l'ORS s'adresse aux centres de main-d'œuvre à qui incombe la responsabilité des services de placement, de reclassement et de formation professionnelle. L'ORS, essentiellement, allège les responsabilités des services de personnel des établissements de santé et assume des fonctions que la pénurie de ressources spécialisées dans la gestion du personnel ne leur permet pas d'exercer présentement.

1102. De plus, dans la mise en place d'un régime intégré de la santé, l'ORS joue un rôle de premier plan dans le recrutement, la présélection et même l'engagement du personnel. Un réservoir de main-d'œuvre au niveau régional assure les centres de santé d'un personnel supplémentaire sur une base temporaire ou à temps partiel. En effet, la création des CLS et la mise en place d'unités de soins gradués à l'intérieur du CCS représentent au départ une opération majeure d'encadrement et de récupération des ressources humaines, car spécialistes et techniciens œuvrent déjà dans divers organismes de santé et sont appelés à former de véritables équipes de travail. Le personnel spécialisé apte à constituer l'équipe de la santé, œuvre aussi au sein de l'hôpital. La plupart continueront à servir en même temps le CCS et les CLS. Plusieurs raisons militent en faveur de cette mobilité du personnel, qui se pratique d'ailleurs actuellement, mais que le système, à cause de sa compartimentation, permet plus ou moins d'appliquer à toutes les situations.

1103. En effet, la mobilité du personnel professionnel entre les centres de santé assure la formation de liens plus étroits entre eux. À ce titre, elle facilite le déplacement des malades d'un niveau de soins à l'autre, tout en assurant la continuité des soins.

1104. Cette mobilité présente également des avantages pour les professionnels de la santé eux-mêmes, à qui elle fournit une expérience diversifiée. La formule favorise aussi — et cela rejoint une recommandation faite précédemment — les plans de carrières, en ouvrant un éventail plus large de fonctions et de postes, tant pour le personnel infirmier et les cadres que pour les professionnels de la santé et les spécialistes en administration : secrétaire général, directeur des finances, agent de personnel, et autres.

1105. Enfin, l'application du concept de médecine globale exige la présence de plusieurs spécialistes à tous les niveaux : psychiatres,

psychologues, hygiénistes, épidémiologistes, travailleurs sociaux, etc. Dans le contexte de la rareté de ces ressources, il paraît utopique de recommander que chaque centre de santé et chaque niveau de soins disposent de « son » spécialiste.

1106. Cette mobilité du personnel professionnel contribue encore essentiellement au maintien de la qualité des soins dans les centres de santé éloignés ou de taille moyenne. Ainsi, la mobilité des ressources devient-elle une condition nécessaire à la réalisation des objectifs du régime de la santé.

1107. L'existence au niveau régional d'une main-d'œuvre disponible — tout particulièrement de personnel infirmier et de techniciens — permet aux CCS de compter plus facilement sur un personnel supplémentaire et à temps partiel. La disponibilité, dans des délais rapides, de ce personnel additionnel, face à l'irrégularité de la demande de soins, représente une source importante de plus grande efficacité dans l'utilisation de la main-d'œuvre des CCS.

1108. Dans les autres champs de la gestion du personnel, nous prévoyons que l'administration des salaires relève de l'ORS. De même, dans le cas des griefs et de l'arbitrage, le service du personnel de l'ORS joue un rôle-clé, qui laisse au milieu local la tâche de s'occuper uniquement du relevé des faits et des procédures initiales. Ainsi retrouve-t-on, dans les centres de santé des unités « légères » de gestion du personnel dont les responsabilités principales concernent l'application des conventions, la sélection et l'engagement des effectifs, ainsi que l'application des politiques générales de personnel.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

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.

IV. — LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET LA GESTION DES CENTRES DE SANTÉ

1109. En plus d'exécuter à leur intention certaines tâches administratives, dont nous venons de parler, et d'avoir la responsabilité d'orienter et de décider le développement général du régime à l'intérieur de chaque région, l'ORS exerce aussi un droit de surveillance sur les centres de santé. Cette fonction découle de ses responsabilités en matière de financement des programmes de soins¹. On a déjà décrit les rapports qui existent entre l'ORS et le ministère de la Santé, en vue du financement des immobilisations et des dépenses courantes². Une fois déléguées à l'ORS les décisions de planification régionale et une partie du pouvoir de contrôle, et aux centres de santé les décisions de gestion, on se demande quelles sont les limites à cette décentralisation des responsabilités de l'État vis-à-vis du régime de la santé.

1110. Certes, le gouvernement du Québec garde un rôle majeur et décisif dans l'orientation du régime. À cause de la décentralisation et grâce aux structures définies à partir de la région, ce rôle devient d'autant plus important. En déchargeant le ministère de la Santé du fardeau de l'administration presque directe d'un certain

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

² *Ibid.*

nombre de programmes, la Commission pense qu'il est mieux à même de se préoccuper de l'orientation générale du régime, tâche qu'il est le seul à pouvoir remplir.

1111. La responsabilité prépondérante de l'État en matière de santé est double : elle porte sur la réalisation des objectifs généraux du régime de la santé, et le contrôle des moyens ou, si l'on veut, des dépenses publiques effectuées à cette fin.

A. — LA PLANIFICATION GLOBALE DU RÉGIME DE LA SANTÉ

1112. La définition d'une politique de la santé entraîne des décisions de normalisation ou de planification générale. Ce sont en effet celles qui confèrent un contenu opérationnel précis aux objectifs généraux du régime, sous l'aspect de normes qui expriment les exigences auxquelles sont soumises la gestion et la programmation. Ces normes reflètent non seulement les objectifs généraux du régime, mais encore la position relative de ces objectifs dans une échelle plus globale de priorités sociales.

1113. Il découle de cette fonction de planification générale du régime de la santé, que le ministère de la Santé, parallèlement aux plans arrêtés par les régions et en collaboration avec les ORS, élaborera un plan directeur décrivant les principaux objectifs, les priorités à l'échelle du Québec, les normes de soins acceptées et leur rythme d'évolution dans le temps. C'est d'ailleurs à partir d'un tel plan que le ministère fait la répartition régionale des fonds.

1114. En effet, si on établit une priorité à l'échelle du Québec en faveur de l'accès aux soins généraux dans les zones défavorisées, pour ne donner qu'un exemple, la répartition régionale des fonds doit refléter cette priorité et on favorisera les régions où l'écart entre les besoins de cette nature et les facilités de traitement dont elles disposent est plus grand.

1115. Quant aux décisions relatives à la promulgation de nouvelles normes de qualité pour les programmes existants, ou de nouveaux programmes de soins plus accessibles et de meilleure qualité, il est essentiel qu'elles demeurent également la prérogative de l'État, car la reconnaissance du droit à la santé implique la définition, par l'État, de son contenu. Ces décisions prises même au niveau des communautés ou des régions ont une valeur discutable puisqu'elles ne s'appliquent pas à l'ensemble de la collectivité québécoise. Mais parce qu'elles entraînent un usage supplémentaire des ressources, elles supportent

la comparaison avec tous les emplois nouveaux, aussi bien dans le domaine de la santé que dans les autres secteurs.

B. — LA PRÉROGATIVE DU CONTRÔLE DES DÉPENSES PUBLIQUES

1116. Il n'y a aucune contradiction entre, d'une part, l'abolition recommandée du processus traditionnel de « déflation » et d'approbation des budgets d'exploitation et, d'autre part, le principe, auquel nous souscrivons pleinement, d'une prérogative exclusive de l'État dans la détermination du total des dépenses publiques et de leur répartition. Face aux nombreux besoins concurrents que le Trésor public doit satisfaire, le gouvernement fixe avec autorité, pour le secteur de la santé, le total des crédits dont il dispose.

1117. La participation des ORS à la planification de l'équipement sanitaire et des soins et à la programmation des immobilisations laisse entière la responsabilité du gouvernement dans la détermination — en fonction de toutes ses priorités — du total des ressources à y consacrer. Cette prérogative exclusive de l'État, quant au total des dépenses d'immobilisations à engager au cours d'une année, pose peu de difficultés pratiques, puisque ce sont par définition des dépenses qu'il est possible de différer.

1118. Il n'en est pas de même du total des ressources nécessaires au fonctionnement des centres de santé. Le contrôle, par l'État, du taux de croissance des dépenses est intimement lié à l'évaluation des coûts par programme et par service, plutôt qu'à l'objet de la dépense. En effet, dans le contexte d'une limitation des dépenses, il se présente trois possibilités complémentaires.

1119. Premièrement, on peut différer les activités ou les programmes nouveaux. Deuxièmement, on peut abandonner des programmes existants. L'affectation budgétaire ne favorise pas systématiquement les activités et les programmes déjà en marche, au détriment des projets nouveaux. Dans la perspective des changements que nous proposons dans les modes de soins, il faut se rendre compte que des activités nouvelles doivent se substituer aux programmes déjà en œuvre, plutôt que de s'y ajouter. C'est là une dimension essentielle de la recherche d'une meilleure productivité. Le ministère de la Santé doit témoigner du dynamisme nécessaire pour élaborer la planification réalisée par les régions et les autres organismes de santé dans cette direction.

1120. Troisièmement, on peut tenter un effort de normalisation des coûts des programmes, des services et des activités, qui permette un contrôle des déviations. Ce contrôle ne porte pas sur un rationnement direct des moyens de production, mais sur les résultats obtenus par chacun des centres et des régions de santé par rapport à la moyenne et en fonction d'un objectif de gestion plus efficace. La mise en place d'un système d'incitation permet en fin de compte à l'État de faire reposer sur les établissements de santé eux-mêmes la responsabilité de réaliser cet objectif.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

- 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.*

Appendice VIII.1

Le calcul du « budget normalisé »

Le calcul du « budget normalisé »

Illustration simplifiée de l'application de l'information à l'analyse de la gestion

1. Puisque l'on trouve en plusieurs endroits du rapport — et en particulier au chapitre sur le financement — des références à une information qui permet d'analyser et d'évaluer la gestion, il importe d'en donner ici une illustration. On appelle parfois cette information « budget normalisé », mais il s'agit plutôt d'une norme d'évaluation du rendement administratif (au sens large), d'une technique, pour ainsi dire, de dosage et de qualité de l'information relative à la gestion des unités d'exécution, que d'un « budget » proprement dit.

2. Nous retiendrons un exemple concret d'application du budget normalisé — soit un service de laboratoire — et nous en préciserons les idées sans nuire au caractère général de la description. En effet, à des niveaux différents, on conçoit les « budgets normalisés » respectant les divers paliers du système (ORS, CCS, CLS) comme des budgets de synthèse qui groupent, par simple addition, les budgets normalisés et qu'on a établis seulement pour des services bien identifiés à une activité distincte. Ainsi le service de laboratoire comporte-t-il un budget normalisé qui s'intègre à celui de l'unité (CLS) auquel il appartient.

3. La préparation d'un budget normalisé suppose quatre éléments principaux :

- 1° une estimation des coefficients de coûts rattachés aux éléments variables du fonctionnement du service en question ;
- 2° une estimation des coefficients d'utilisation des services en fonction de leur demande ;
- 3° une formule de calcul des composantes forfaitaires du budget normalisé ;
- 4° une formule de calcul du budget normalisé lui-même.

4. L'estimation des coefficients de coûts exige une information sur chacun des services de laboratoire rattachés à un CLS ou à un CCS. L'information nécessaire porte sur les dépenses totales de chacun de ces services, le volume des examens de divers types effectués et d'autres indications (par exemple sur les appareils de laboratoire disponibles pour l'analyse automatique). On fait cette estimation en

utilisant une méthode statistique rigoureuse (par exemple, la méthode de régression linéaire à plusieurs variables) ; les critères statistiques déterminent pour une large part la spécification et le nombre de données qui sont nécessaires pour une estimation valable. Par hypothèse, nous posons que cette estimation aboutit au résultat suivant :

$$(1) \text{ Coût total de fonctionnement du } \quad \$ 45,000 + \$ 0.28 \times UL^* - \$ 15,000 H^{**}$$

laboratoire du CLS :

5. Cette équation énonce simplement que le coût de fonctionnement du service de laboratoire s'élève à une somme fixe de \$45,000 par an, plus \$0.28 par unité, et qu'il est diminué de \$15,000 par an si le laboratoire sert à la fois à un CLS et à un CCS¹.

6. Cette estimation des coefficients de coûts donne une mesure aussi exacte que possible de la répercussion, sur les coûts de fonctionnement, d'une utilisation plus ou moins grande du service en question (utilisation mesurée par le nombre d'unités de laboratoire exécutées). Cette information est capitale pour évaluer la gestion d'une unité en particulier, beaucoup plus que ne l'est le coût moyen, dont la formule s'écrit comme suit :

$$(2) \frac{\text{Coût total de fonctionnement}}{UL} : \frac{\$ 45,000 + \$ 0.28 UL - \$ 15,000 H}{UL}$$

7. En effet, la partie fixe du coût de fonctionnement ne reflète pas nécessairement une décision de gestion mais, par exemple, l'existence d'une certaine « capacité d'analyse de laboratoire ». Cette capacité, employée ou non, entraîne des coûts, par définition, invariables par rapport au volume des activités du service. Lorsqu'elle est excédentaire, elle augmente le coût moyen de l'unité de laboratoire, alors que le coût d'une unité additionnelle se compare peut-être avantageusement à celui des autres services de laboratoire. Ce coût de \$0.28

* UL : unité de laboratoire.

** H : hôpital (c'est une variable fictive qui prend ici la valeur 1, et 0 dans les autres cas).

¹ Ici, les chiffres sont choisis arbitrairement et l'exemple est simplifié. En particulier, nous passons sous silence la manière dont est défini le facteur « unité de laboratoire » (UL) et nous supposons aussi, arbitrairement, que l'utilisation du même service de laboratoire par un CLS et un CCS se reflète sur la partie du coût de fonctionnement, plutôt que sur la valeur du coefficient de coût. Les mêmes techniques statistiques demeurent cependant valables, même avec ces complications. Leur examen, ici, alourdirait inutilement cette explication sommaire.

l'unité — ou en termes techniques, le coût marginal de l'unité de laboratoire — est une variable opérationnelle en gestion, lorsqu'on détermine, par exemple, les avantages de l'usage de laboratoires extérieurs. Enfin, le rapport entre le coût marginal et le coût moyen constitue un élément important de planification. On doit prévoir un service de laboratoire pour exécuter un nombre d'analyses (unités normalisées) *au moins* assez élevé pour que l'écart entre le coût moyen et le coût marginal compense le coût fixe imputé à chaque unité¹.

8. Enfin, précisons que l'estimation du coût en question ne se réfère pas à un service de laboratoire « moyen » où le coût de fonctionnement résulte des facteurs indiqués, mais qu'au contraire cette estimation reflète la situation de tous les services de laboratoire, en tenant compte non seulement du nombre d'unités d'analyses exécutées par chacun, mais des autres facteurs de coût déterminants. Les valeurs numériques des coefficients estimés sont des valeurs moyennes dans ce sens très spécial et non pas dans le sens ordinaire en vertu duquel on obtient un coût moyen en divisant le total des coûts par le total des unités normalisées d'analyses.

9. Le deuxième élément d'information nécessaire à l'analyse de la gestion a trait à une estimation des coefficients d'utilisation du service étudié. En effet, les malades ou, plus généralement, ceux qui fréquentent les centres de santé ne déterminent pas eux-mêmes l'intensité de leur recours aux divers services — au service de laboratoire, par exemple; ce recours est au contraire déterminé à l'intérieur du système médical lui-même par une espèce de processus d'aiguillage.

10. Dans ce processus, une multitude d'influences administratives et cliniques interviennent, dont il est possible d'étudier statistiquement les résultats. Afin de poursuivre l'illustration, on imagine, sans trop fausser la réalité, qu'il est possible d'identifier statistiquement trois grandes catégories d'usagers des centres de santé dont la caractérisation clinique comporte des implications statistiquement très distinctes, quant à l'utilisation des services de laboratoire médical. En conséquence on écrit la fonction d'utilisation du service de laboratoire suivante :

$$(3) UL : 12.6 D_1 + 44.5 D_2 + 124.8 D_3 + 1,879 EM$$

¹ Cette estimation de coût, en vue de l'illustration, nous fait entrevoir la possibilité de réaliser des économies de grande échelle théoriquement illimitées. Sans discuter de la validité de cette illustration, la règle à laquelle le texte fait allusion ne constitue qu'une approximation qui garantit, à tout le moins, que le coût moyen pour l'ensemble du système de l'unité normalisée d'analyse n'augmente pas par la création d'un service trop restreint de laboratoire.

11. Ici, comme précédemment, UL désigne le nombre d'unités normalisées d'analyses dans chaque service de laboratoire appartenant au groupe étudié. D_1 , D_2 , et D_3 désignent pour leur part trois catégories d'usagers définies selon des caractéristiques statistiques et regroupant des classifications cliniques peut-être fort hétérogènes. Les coefficients respectifs de ces variables représentent l'usage standardisé ou « moyen » rattaché à la présence dans le système d'un usager de chacune des catégories. Le facteur EM symbolise la présence d'une fonction d'enseignement médical dans le CCS, à laquelle certains services de laboratoire sont rattachés; il permet une meilleure spécification des autres coefficients et débouche sur une utilité directe.

12. Alors que l'estimation du coût de l'unité normalisée fournit une évaluation comparative des services de laboratoire quant à cet élément, l'estimation de l'utilisation standardisée des services permet le même genre d'évaluation comparative du recours aux services en question par rapport à la « demande » actuelle pour ces services.

13. À l'aide de ces deux éléments d'information, il est possible de mieux définir un budget normalisé qui soit un instrument d'évaluation comparative du service de laboratoire, tant au point de vue de son coût qu'au point de vue de son utilisation. Comme première étape, on détermine la composante forfaitaire de ce « budget normalisé ». Cette composante est celle qui ne varie pas en fonction du volume des activités exécutées par le service en question, mais ceci n'implique toutefois pas que cet élément forfaitaire soit uniforme pour tous les services de laboratoire. Dans l'exemple utilisé jusqu'ici, on établit cette composante forfaitaire par la formule suivante :

$$F_{\text{laboratoire 'k'}} : \$ 45,000 - \$ 15,000 H + [(1,879) \times (\$ 0.28)] EM$$

14. En voici la signification. La partie forfaitaire du budget normalisé d'un service de laboratoire particulier est la somme de plusieurs éléments : le « coût fixe » identifié par estimation des coûts comme indépendant du volume des activités du laboratoire; un forfait possible qu'on défalque de ce coût fixe si le service de laboratoire dessert à la fois un CLS et un CCS; enfin, une somme propre au service envisagé qui représente le coût total des unités d'un laboratoire à fonction d'enseignement médical et qui s'ajoute à celui des unités qui reflètent, en l'absence d'une fonction d'enseignement, la présence de catégories spécifiques d'usagers au sein du CLS et du CCS en question.

15. On illustre le quatrième et dernier élément du calcul du budget normalisé par la formule suivante qui sert à évaluer ce budget normalisé à partir des éléments décrits précédemment :

$$(4) B.N. \text{ laboratoire 'k'} : F \text{ laboratoire 'k'} + 0.28 (UL)^*_{\text{'k'}}$$

16. Autrement dit, à la composante forfaitaire décrite ci-dessus, on ajoute une composante variable pour obtenir le budget normalisé. On calcule cette dernière en multipliant le coefficient du coût marginal standardisé obtenu dans l'équation par le nombre d'unités de laboratoire, non pas réellement réalisées par un service de laboratoire particulier, mais par le nombre d'unités de laboratoire qui correspond au résultat standardisé, en conformité avec l'équation (2), au nombre et à la distribution des usagers de ce service de ce laboratoire particulier, durant la période en question soit :

$$(5) (UL)^*_{\text{'k'}} : 12.6 D_1^k + 44.5 D_2^k + 124.8 D_3^k$$

17. On peut inférer de cet exemple — et malgré les simplifications extrêmes et son caractère quelque peu arbitraire — que le budget normalisé ainsi conçu n'impose pas aux services de santé des ajustements obligatoires. Le budget normalisé d'un service donné est « individualisé » parce qu'il reflète toutes les influences identifiables qui modifient systématiquement le comportement de services de ce genre, et cela, dans la mesure où ces influences s'exercent dans un service donné. D'autre part, ce budget normalisé est un excellent outil d'évaluation puisque sa conception le place à l'abri des conséquences de la gestion de ce service : une utilisation plus intensive de ce service ne le majore pas. Au contraire, un accroissement de l'utilisation du service, s'il l'élève à un niveau supérieur à celui qui est indiqué par la pratique standardisée des autres services de laboratoire, produit une indication négative du rendement du service en question.

18. L'utilisation de données sur le volume d'activités de tous les services d'une même catégorie, en vue d'évaluer le rendement de l'un d'entre eux, implique que cette évaluation ne peut, à strictement parler, qu'être rétrospective. Par exemple, le budget normalisé n'est définitivement calculé qu'au début d'un trimestre, pour le trimestre précédent. Toutefois, lorsque les coefficients sont connus — ils changent sensiblement peu d'un trimestre à l'autre puisqu'ils représentent en quelque sorte une moyenne standardisée — les responsables de la gestion de chacun des services, qui connaissent, en plus, pour le trimestre précédent, leur position relative dans l'ensemble des services

de même catégorie, s'en servent comme guide dans le redressement, le cas échéant, de leurs opérations.

19. On peut élaborer aisément un indicateur de rendement pour chaque service à l'aide du budget normalisé en exprimant le coût réel de fonctionnement du service en pourcentage du budget normalisé¹. Par un indicateur de ce genre, on relie, par exemple, les incitations et autres mesures administratives prévues qui dépendent d'une évaluation du rendement. Outre ce rôle d'indicateur de rendement, le calcul des différentes composantes du budget normalisé aboutit à un diagnostic administratif passablement complexe grâce auquel le gestionnaire dispose d'une analyse de sa gestion. On décèle ainsi la cause d'un rendement médiocre (par exemple une valeur de l'indicateur de rendement de - 15) dans une utilisation « excessive » du service par rapport à une catégorie donnée d'usagers; on a un coût marginal excessif pour chaque unité, etc.

20. Enfin, l'usage du budget normalisé à des fins indicatives plutôt qu'impératives le distingue nettement du budget traditionnel à caractère limitatif. Le budget normalisé n'est pas l'équivalent d'une autorisation de dépenser; il a valeur d'information autant pour les gestionnaires que pour les organes qui évaluent la gestion. Pour cette raison, le budget normalisé est l'aboutissement de l'application de méthodes rigoureuses d'estimation et non pas d'un processus d'arbitrage administratif.

¹ Cette façon de procéder donne paradoxalement un indicateur d'autant plus élevé que le rendement est plus mauvais. On peut éliminer le paradoxe en définissant un autre indicateur de rendement comme suit :

$$100 \times \left[1 - \frac{\text{Dépenses réelles}}{\text{Budget normalisé}} \right]$$

qui aura une valeur positive (égale à 10 si les dépenses réelles sont égales à 90 pour cent du budget normalisé) pour un bon rendement et une valeur négative (égale à - 20 si les dépenses réelles sont égales à 120 pour cent du budget normalisé) pour un rendement médiocre.

IX

L'évaluation de la qualité des soins et de l'efficacité du régime de la santé

L'évaluation de la qualité des soins et de l'efficacité du régime de la santé

INTRODUCTION

1121. Le présent rapport contient plusieurs recommandations qui entraînent des changements importants dans l'organisation du régime de la santé au Québec, tant au point de vue de l'organisation que des modes de distribution des soins. Le changement en soi n'a aucune vertu; les modifications proposées répondent à des problèmes précis et trouvent leur justification dans la poursuite d'objectifs bien définis.

1122. Les objectifs du régime de la santé résultent de plusieurs forces, parfois de même sens et parfois de sens contraire, agissant de différents points. Devant les problèmes de santé de la population, les sciences de la santé jouissent d'un potentiel énorme qui permet d'envisager plusieurs objectifs intéressants. D'autre part, la population est de plus en plus consciente de ses responsabilités et elle attend beaucoup du régime de la santé. Les différentes perceptions des problèmes de santé inspirent, à leur tour, d'autres sortes d'objectifs. Enfin, conformément aux attitudes de ses membres, la société accorde une grande importance au secteur de la santé, comme en témoigne la proportion de plus en plus grande du budget consacré à ce secteur de l'activité publique. L'État devient ainsi un agent important dans le régime et il est en mesure de formuler certaines exigences.

1123. Toutefois la limitation des ressources de toute nature impose des contraintes quant au choix des programmes qui satisfont les besoins les plus pressants. Les décisions prises ne sont pas immuables; on doit constamment les réviser et les ajuster en fonction des résultats obtenus et des changements qui interviennent dans le régime même et dans les forces externes qui l'influencent.

1124. Comment alors apprécier les progrès accomplis, reconnaître les échecs et maintenir un rendement optimum du régime? La nécessité d'une évaluation permanente de l'utilisation des ressources, de la qualité du produit et de l'efficacité du régime s'impose, malgré sa complexité: des intérêts divers entrent en jeu et des difficultés techniques apparaissent, dont l'étude méthodique et scientifique est en somme un phénomène récent.

1125. Le présent chapitre souligne les principaux problèmes d'ordre technique en matière d'évaluation, avec indication des travaux où

ils sont analysés en détail. Il précise les concepts de qualité et d'évaluation qui président à une approche systématique du problème, présente un modèle de base pour l'élaboration d'un système d'évaluation et enfin indique comment ce modèle s'intègre au régime de la santé proposé.

I. — CONCEPTS DE QUALITÉ ET D'ÉVALUATION

1126. Les termes de qualité et d'évaluation appliqués au domaine des soins prennent des significations différentes selon l'aspect du problème que l'on considère. Il faut bien en préciser le sens afin de dissiper toute confusion et d'assurer le rôle du système d'évaluation.

A. — LA QUALITÉ

1127. Le dictionnaire définit ainsi le terme qualité : « supériorité, excellence en quelque chose », et le terme excellence : « degré éminent de perfection ». Parce qu'elle est vague, générale et absolue, cette définition ne nous éclaire pas sur la qualité des soins.

1128. Pour l'évaluation, nous avons besoin d'une définition opérationnelle de la qualité c'est-à-dire que ce terme doit avoir une signification précise de sorte qu'il garde le même sens pour tous les usagers et qu'il permette une étude objective, établie sur des informations issues de l'observation ou de l'expérience. Car, pour être scientifique, l'évaluation de la qualité doit atteindre à un niveau de connaissances que toute personne intéressée partage, indépendamment de ses opinions ou préjugés.

1129. Appliqué au domaine des soins, le terme qualité correspond à un concept relatif et multidimensionnel et son sens varie selon les connaissances médicales et l'état des techniques, et selon les valeurs d'une société et des groupes à l'intérieur d'une même société. De plus, devant des besoins précis et divers et avec des ressources limitées, il n'est pas question de poursuivre un idéal abstrait de qualité. Il n'est donc pas surprenant de constater que les définitions opérationnelles de la qualité diffèrent sensiblement selon les points de vue et les intérêts des groupes en cause.

1130. Ainsi, élaborer une définition qui concilie tous les aspects ou la majorité des aspects de la qualité est, croyons-nous, une entreprise vouée à l'échec. Car les termes d'une définition générale sont trop vagues pour permettre une évaluation scientifique. Par contre, choisir parmi les définitions possibles de la qualité des soins amène à nier une partie de la réalité et à réduire le sens de la qualité à une ou à quelques-unes de ses dimensions.

1131. Il faut donc trouver une solution qui tienne compte à la fois du caractère relatif et des dimensions diverses du concept de qualité. Nous proposons donc de considérer la qualité sous trois points de vue principaux, selon les agents du système de distribution des soins : le producteur, le consommateur et la société.

1. — LE POINT DE VUE DU PRODUCTEUR

1132. Deux auteurs américains, dans une œuvre classique, donnent l'une des premières définitions de la qualité des soins médicaux :

Good medical care is the kind of medicine practiced and thought by the recognized leaders of the medical profession at a given time or period of social, cultural and professional development in a community or population group ¹.

1133. Ainsi, pour le producteur, le concept de qualité se traduit généralement par la valeur technique des actes posés et le degré de perfection des méthodes employées. Traditionnellement, l'accent porte surtout sur le degré de perfection atteint dans les actes posés au niveau clinique du traitement des malades.

1134. Notons que les efforts d'évaluation des producteurs de soins portent très rarement sur certains aspects de la qualité : facilité d'accès aux soins ou efficacité de leur distribution. Un autre auteur analyse les raisons qui expliquent un tel comportement ² et propose les interprétations suivantes. On déduit de leur attitude qu'ils ne se reconnaissent pas ou peu de responsabilité ou d'influence quant à l'accès aux soins et à l'efficacité du système de distribution. Si cette conclusion est inexacte, il faut croire qu'on classe l'accès et l'efficacité assez bas dans l'ordre des priorités, et qu'on les juge impossibles à évaluer à cause de la difficulté d'obtenir les données et les renseignements pertinents.

1135. Cette façon d'évaluer la qualité est conforme à la notion d'un système fermé de distribution des soins où les producteurs définissent les objectifs et les programmes d'action en fonction de leur propre point de vue sur la nature et les raisons d'être du système. Cependant, tout incomplet et limité qu'il soit, ce point de vue n'en demeure pas moins important et on ne doit pas à notre avis l'ignorer,

¹ Extrait de : R. I. Lee et L. W. Jones : *The Fundamentals of Good Medical Care*, University of Chicago Press, 1933. Cette citation est reprise dans : Avedis Donabedian : « Promoting Quality through Evaluating the Process of Patient Care », *Medical Care*, mai-juin 1968, vol. VI, N° 3, p. 196.

² Avedis Donabedian : « Promoting Quality through Evaluating the Process of Patient Care », *op. cit.*, p. 182.

car la valeur des actes médicaux, au plan technique, reste toujours un élément essentiel et fondamental de la qualité des soins.

1136. S'il est à peu près impossible de préciser le sens même de la qualité des actes et du rendement professionnel, on peut définir, par contre, les caractéristiques des actes et du rendement qui illustrent la notion de qualité, et en arriver à un jugement objectif dans les cas d'espèce. Ainsi, pour le producteur, une définition opérationnelle de la qualité comprend une série de normes généralement acceptées au sein de la profession. Il faut cependant se rappeler que les normes de qualité n'ont rien d'absolu et d'immuable et qu'elles évoluent selon les connaissances techniques et scientifiques de la profession et les changements socio-économiques.

2. — LE POINT DE VUE DU CONSOMMATEUR

1137. La conception qu'a le producteur de la qualité des soins n'est sûrement pas étrangère au consommateur. Celui-ci reconnaît généralement l'importance de la valeur technique des actes et du rendement des professionnels de la santé et l'exige de plus en plus. Cependant, la vaste majorité des consommateurs ne possèdent pas les connaissances techniques nécessaires pour porter un jugement de valeur selon les mêmes critères. En général, le consommateur présume que le régime de la santé lui fournit des services qui répondent au moins à des normes minimales de qualité technique, et il fait confiance aux organismes chargés de contrôler la compétence des professionnels et la qualité des soins qu'ils donnent.

1138. Individuellement et collectivement, les consommateurs ont une perception propre des problèmes sociaux et des besoins de santé qui conditionne les attitudes de la population à l'égard du système de production et de distribution des soins. Historiquement, l'homme perçoit d'abord la maladie comme une malédiction ou une punition imposée par des forces extérieures sur lesquelles il ne peut avoir aucun contrôle et, il a alors tendance à adopter une attitude de résignation. Mais, dans la plupart des pays évolués, on accepte maintenant la maladie physique ou mentale comme une simple perturbation de l'organisme et le malade lui-même, ou son entourage, estime que la science et la technique résolvent nombre de ces problèmes. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) consacre d'ailleurs cette évolution dans les attitudes vis-à-vis de la maladie et ses problèmes connexes, en reconnaissant le droit à la santé comme un des droits fondamentaux de la personne humaine. Ainsi, la population ne réclame pas uniquement des soins d'une haute qualité professionnelle, mais

encore l'accès complet aux soins dont elle a besoin et exige des modes de distribution qui respectent la dignité humaine sans distinction d'origine ethnique, de langue, de religion ou de statut socio-économique.

1139. Depuis quelques années, on intègre de plus en plus ces variables de la satisfaction et du confort des malades comme éléments importants de la qualité des soins. Les composantes de cette satisfaction des malades ne sont pas toujours clairement définies, mais on retrouve certaines constantes dans les travaux de recherche sur la qualité des soins médicaux telles que l'accès aux soins, leur disponibilité, leur caractère continu et acceptable et la prévention des maladies. Il en est de même de la nature de la relation entre les professionnels et le malade : on considère celui-ci comme une personne humaine et non pas comme une « constellation » de maladies. Que valent, en effet, des soins de haute qualité technique s'ils n'atteignent pas ceux qui en ont le plus besoin ou s'ils sont refusés ou mal utilisés par la population ?

3. — LE POINT DE VUE DE LA SOCIÉTÉ

1140. Pour la société, la notion de qualité des soins prend une autre dimension et on l'évalue par rapport aux résultats obtenus ou à l'efficacité du système.

1141. Un des objectifs ultimes de la société est l'amélioration du niveau de vie de ses membres, mais ce concept est en lui-même difficile à définir et sa réalisation pose des problèmes complexes dont la solution dépend du concours des sciences de la santé, de la sociologie, de l'économie, de la psychologie et de la statistique. Un groupe d'étude de l'OMS a étudié les critères qui définissent le niveau de vie et a arrêté son choix sur les douze suivants : santé, nutrition, éducation, conditions de travail, niveau d'emploi, transport, habitation, habillement, loisirs, sécurité sociale, libertés humaines et l'ensemble de la consommation et de l'épargne¹.

1142. Le niveau de vie² se réfère de façon qualitative au fonctionnement maximum de l'être humain en tant qu'organisme physique, mental et social. Dans cette perspective, la santé devient un concept relatif d'un état qui résulte d'un fonctionnement adéquat de l'organism-

¹ *La mesure des niveaux de santé*, rapport d'un groupe d'étude, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1957, p. 5 (Série de rapports techniques, N° 137).

² Voir à ce sujet le volume III de notre rapport : *Le développement*, et le volume V : *La sécurité du revenu*.

me humain, étant donné un ensemble de conditions génétiques et écologiques. On définit alors la santé : un degré de conformité à des normes généralement acceptées et établies selon des critères d'ordre démographique et épidémiologique. Ainsi, en considérant la santé dans la perspective de l'amélioration du niveau de vie, la qualité des soins se mesure par l'équilibre que ceux-ci réussissent à maintenir entre les différentes parties du corps humain par rapport à l'ensemble de l'organisme, d'une part, et par l'équilibre que l'individu considéré dans sa totalité peut maintenir par rapport à l'unité familiale et à la communauté où il doit évoluer, d'autre part.

1143. Les critères qui tentent de définir le niveau de santé normal d'une société donnée sont encore très insatisfaisants. Cependant, depuis quelques années, plusieurs recherches orientées dans le domaine des sciences de la santé et des sciences sociales élaborent des critères globaux¹ et spécifiques² du niveau de vie. Il est permis de croire que, dans un avenir rapproché, l'étude des effets des soins et des services connexes sur le niveau de santé de la population prévaudra dans l'évaluation de la qualité des soins.

1144. Enfin, soulignons qu'on ne peut séparer complètement l'évaluation de la qualité des soins de l'évaluation de l'efficacité du régime,

¹ U. S. Department of Health, Education and Welfare, National Center for Health Statistics : *Conceptual Problems in Developing an Index of Health*, U. S. Government Printing Office, Washington, mai 1966, (P.H.S. Publication, No 1000, Series 2, No 17). American Public Health Association : « A Broadened Spectrum of Health and Morbidity, Report of a Work Party in Report of the Chairman of the Technical Development Board to the Governing Council, 1959-1960 », *American Journal of Public Health*, février 1961, vol. 51, No 2, pp. 287-294. S. Swaroop et K. Uemura : « Proportional Mortality of 50 years and Above », *Bulletin of the World Health Organization*, 1957, vol. 17, No 3, pp. 439-481. Barkev S. Sanders : « Measuring Community Health Level », *American Journal of Public Health*, juillet 1964, vol. 54, No 7, pp. 1063-1070. U. S. Department of Health, Education and Welfare, National Center for Health Statistics : *An Index of Health, Mathematical Models*, U. S. Government Printing Office, Washington, mai 1965, (P.H.S. Publication, No 1000, Series 2, No 5).

² Sidney Katz *et al.* : « Studies of Illness in the Aged — the Index of A. D. L. : A Standardized Measure of Biological and Psycho-Social Function », *Journal of the American Medical Association*, 21 septembre, 1963, vol. 185, No 12, pp. 914-919. F. I. Mahoney et D. W. Barthel : « Functional Evaluation : the Barthel Index », *Maryland State Medical Journal*, février 1965, vol. 14, No 2, pp. 61-65. Jack Sakolow *et al.* : « A New Approach to the Objective Evaluation of Physical Disability », *Journal of Chronic Diseases*, janvier 1962, vol. 15, pp. 105-107. Commission on Chronic Illness : *Chronic Illness in the United States, volume IV, Chronic Illness in a large City : the Baltimore Study*, Harvard University Press for the Commonwealth Fund, Cambridge, Mass., 1959, pp. 375-377. Pierre Salmon *et al.* : *Rapids : A Method of Classifying Patient Receiving Long-Care*, Department of Public Health and Welfare County, San Mateo, Calif., septembre 1966, Document mimeographié. University of Rochester, School of Medicine and Dentistry, The Patient Care Planning Council, and Council of Social Agencies of Rochester on Monroe County Inc. : *Health Care of Aged Study, Part I, A Study of the Physical and Mental Health Care Needs of older People in Monroe County*, Rochester, N. Y., 1968. Document mimeographié.

car la société vise à une utilisation optimale des ressources humaines et matérielles, non seulement à l'intérieur du secteur de la santé mais dans les différents secteurs de l'activité publique. La société ne considère donc pas la norme de qualité isolément, mais elle exige que le système lui fournisse un produit de qualité maximale avec les ressources humaines et matérielles investies ou, inversement, que le régime maintienne un niveau de qualité déterminé et libère certaines ressources qu'on peut affecter à d'autres fins.

1145. Au-delà de l'efficacité économique, on s'intéresse de plus en plus à l'efficacité sociale du régime de la santé. Si la société établit des priorités entre les objectifs, il faut se rendre compte que des décisions extrêmement délicates s'imposent. Ainsi, on admet généralement que le prix d'une vie humaine est inestimable, mais peut-on affirmer qu'aux yeux de la société chaque vie a une valeur égale : celle d'un fœtus, d'un enfant, d'un adulte et d'un vieillard ? Et le prix d'une vie justifie-t-il le coût de la prévention de cent, ou de mille infirmités ? Parce que ces questions délicates troublent la conscience humaine et sont causes d'anxiété, on n'ose généralement pas les poser clairement. En réalité, cependant, on prend régulièrement et tacitement des décisions de même nature. Par exemple, les ressources allouées aux transplantations rénales et cardiaques n'empêchent-elles pas la réalisation de programmes de soins qui préviendraient nombre de décès dus à certains types de cancer ou nombre de cas de maladies mentales ?

1146. Évaluer l'efficacité économique ou sociale du régime de la santé, c'est étudier principalement l'équation entre les ressources investies et les avantages pour les individus et la société. Or, la complexité de ce genre d'évaluation provient, en bonne part, de la difficulté de définir les avantages désirés et d'identifier les avantages obtenus. Dans ce sens, l'évaluation de l'efficacité par les techniques de « coûts-avantages » (*cost benefit*) ou par d'autres du même type est intimement liée à l'évaluation des effets des soins médicaux. Les recherches dans les sciences de la santé et les sciences sociales évoquées plus haut, jointes au perfectionnement des méthodes économiques de quantification des avantages, contribueront sûrement à préciser ce nouvel angle du problème.

CONCLUSION

1147. Il faut donc qu'un système intégré d'évaluation de la qualité des soins repose sur des critères opérationnels, selon les trois dimensions suivantes du concept de qualité :

1. évaluation de la compétence professionnelle, du rendement dans l'exécution des tâches et de la qualité technique des actes posés;
2. facilité d'accès aux soins, continuité et humanisation de ceux-ci;
3. niveau de vie de la population et efficacité du système.

B. — L'ÉVALUATION

1148. Non seulement l'évaluation de la qualité des soins prend-elle diverses significations selon les acceptions du terme qualité, mais le terme « évaluation » lui-même ajoute à la diversité et à la confusion. On comprend ce phénomène si l'on parcourt les publications des quelques dernières années touchant plusieurs disciplines : administration, médecine, sociologie, économique et sciences du comportement; le terme évaluation y apparaît fréquemment.

1149. Cependant, mis à part le sens et l'orientation de nombreux travaux sur l'évaluation de la qualité des soins, la définition du terme évaluation donnée par le dictionnaire nous surprend : « Détermination précise ou approximative de la valeur, du prix, de la qualité ¹ ». En fait, cette définition appliquée à la qualité des soins se rapproche beaucoup plus de celle de la recherche : « Ensemble des travaux, des activités intellectuelles qui tendent à la découverte de connaissances nouvelles ² », et encore davantage de celle de la recherche opérationnelle : « Ensemble des recherches qui permettent de déterminer les résultats les plus favorables qu'il est possible d'atteindre et les méthodes pour y parvenir : organisation, programme, plan, répartition des moyens, méthodes d'exploitation, etc. ³ ». Afin de bien préciser le sens de l'évaluation de la qualité dans le régime proposé, nous décrirons brièvement les buts et les types d'évaluation.

1. — LES BUTS DE L'ÉVALUATION

1150. Il est important de connaître les différents buts que poursuit l'évaluation de la qualité des soins d'un système de distribution, car les méthodes et les normes employées doivent être adaptées aux buts fixés.

a) La régulation

1151. Le plus connu de ces buts est la fonction régulatrice du processus d'évaluation. L'évaluation prévient alors ou corrige les

¹ Paul Robert : *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Société du Nouveau Littre, Paris, 1965.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

erreurs et les imperfections afin de maintenir ou d'élever le niveau général de la qualité à un degré minimum jugé acceptable par l'organisme d'agrément. On y parvient en excluant du régime les individus et les établissements qui ne satisfont pas à certaines normes employées comme élément de comparaison. L'évaluation régulatrice protège donc le public, en l'assurant que la compétence des individus et des établissements correspond aux normes de qualité acceptées par la communauté.

1152. Comme exemples de ce genre d'évaluation, citons la qualification des individus et l'agrément des établissements par des organismes professionnels ou gouvernementaux. La sanction attachée à ce pouvoir de régulation peut être légale ou simplement morale. Ainsi, pour avoir le droit d'offrir des soins à la population, les hôpitaux obtiennent une reconnaissance de la part du gouvernement et les médecins, pharmaciens et dentistes, un permis d'exercice de la part d'organismes professionnels qui agissent par délégation de pouvoirs de l'État. Par contre, d'autres organismes, comme les comités d'agrément des hôpitaux et des facultés de médecine, le « Conseil canadien d'accréditation des hôpitaux », l'Association américaine des facultés de médecine, n'ont aucun pouvoir légal sur les établissements en cause, lesquels se soumettent volontairement à leur évaluation. Cependant, le prestige attaché à ce genre de reconnaissance est parfois si important que leurs normes les stimulent à rechercher un plus haut niveau de qualité par une utilisation plus efficace des ressources humaines et matérielles disponibles.

b) Le contrôle

1153. Un deuxième but de l'évaluation, intimement relié au premier, vise le contrôle de la qualité des actes posés ou des méthodes utilisées dans l'exercice de certaines fonctions, et il a en vue, non pas la régulation des individus et des établissements, mais plutôt leur stimulation pour une amélioration constante de la qualité des soins mêmes. Le contrôle de la qualité se fait généralement à l'intérieur de chaque établissement, mais il peut aussi être confié à un organisme extérieur.

1154. Le mécanisme de contrôle des actes professionnels consiste essentiellement à réviser les dossiers des malades et à apprécier la qualité des soins en vertu de normes préalablement établies. Ces normes reposent sur des critères objectifs qui permettent de juger de la qualité des soins donnés aux malades et des méthodes de diagnostic et de traitement. On associe encore à ces normes des critères numériques comme les taux de mortalité, l'incidence de certaines

complications, le nombre des consultations, la proportion d'examens de laboratoire utilisés pour le diagnostic et le traitement de certaines catégories de maladies. Les mécanismes de révision des dossiers des malades peuvent comprendre des comparaisons entre professionnels du même établissement ou de divers établissements ou des comparaisons entre les établissements eux-mêmes.

1155. On les utilise pour protéger le public et ils complètent alors les mécanismes d'agrément. En effet, ceux-ci s'intéressent particulièrement aux professionnels et aux établissements, alors que les mécanismes de révision étudient les actes posés par les mêmes professionnels à l'intérieur des établissements. Lorsque la révision des dossiers est ainsi faite dans un but de régulation, on juge les actes professionnels en vertu de normes minimales : les mécanismes de révision sont en général assez onéreux et peu efficaces à cette seule fin. Nous croyons qu'à long terme, ils contribueront beaucoup plus à assurer la qualité des soins, s'ils sont utilisés dans un but de stimulation à l'amélioration constante de la qualité des soins donnés aux malades. Une différence fondamentale est alors introduite dans le mécanisme de contrôle car on juge les actes professionnels en fonction de normes optimales de qualité.

c) L'étude des résultats obtenus

1156. Enfin, troisième but de l'évaluation : étudier les changements dans l'état de santé des individus et de la population, qui sont en rapport direct ou indirect avec des actes professionnels ou des programmes de soins. Quoiqu'il soit encore récent et très imparfait, ce mode d'évaluation doit s'intégrer au système global d'évaluation.

1157. En effet, qu'elle porte sur les professionnels et les établissements (régulation) ou sur les actes accomplis et les méthodes utilisées par ceux-ci (contrôle), l'intérêt réel de l'évaluation réside dans l'amélioration de l'état de santé de l'individu après qu'il a reçu des soins, et dans le témoignage que le régime de la santé améliore le niveau de santé de la population en général. Les méthodes de régulation et de contrôle reposent sur deux postulats : la relation entre la compétence des individus ou des établissements et la qualité des actes professionnels, et la relation entre la compétence ou les modes d'organisation et de distribution et la qualité des soins reçus. Enfin la relation de cause à effet entre la nature et la qualité des soins et les changements dans l'état de santé des individus est souvent inférée à partir d'observations incomplètes. L'évaluation basée sur les résultats obtenus obvie à ces difficultés, parce que les effets observés donnent une dimension de la qualité valide à sa face même. Le système de valeur d'une société définit amplement les effets jugés bons ou

mauvais, de sorte que ce jugement de valeur est généralement accepté, convaincant et constant.

1158. L'étude des résultats du régime de la santé offre l'avantage de couvrir tout le domaine de la distribution des soins, des traitements ou des actes chirurgicaux précis jusqu'aux effets de la régionalisation elle-même, sans oublier la variété des programmes préventifs ou curatifs qui s'appliquent à certaines maladies ou certains groupes de population. De plus, alors que les mécanismes d'agrément et de révision obligent à rendre un jugement radical : « bon ou mauvais », « acceptable ou non », l'évaluation des effets et de leur relation avec les différents éléments du régime permet des jugements de valeur nuancés et soulève les questions pertinentes quant à la réussite ou à l'échec dans la poursuite d'objectifs précis. Ce genre d'évaluation fournit ordinairement, au niveau de l'analyse des résultats, les principaux éléments de solution des problèmes en vue d'améliorer la qualité.

1159. Enfin, elle mesure l'influence du régime sur l'état de santé de la population en général ou de certains sous-groupes qui sont entrés en contact avec le régime.

1160. L'évaluation des résultats a cependant des limites, qu'il est important de connaître afin de l'utiliser efficacement. L'étude des résultats donne, par sa nature même, une mesure globale de l'effet net d'un ensemble de facteurs qui ont une influence sur l'état de santé de la population, y compris ceux qui ne dépendent pas du régime de la santé, comme les caractéristiques démographiques de la population, les caractéristiques géographiques de la région, les conditions d'emploi et d'habitation. Il peut être très difficile, et parfois impossible, de dissocier l'effet de ces facteurs de ceux qui caractérisent le régime évalué. En plus de cette difficulté, il faut reconnaître que, malgré la validité intrinsèque du jugement de valeur porté sur les résultats obtenus, il existe actuellement peu de normes qui permettent de jauger le succès à attendre d'un régime de la santé, compte tenu des ressources disponibles et de l'état de santé initial de la population.

1161. Une troisième difficulté inhérente à l'évaluation des résultats provient de la longue période d'observation de certains effets. Les maladies chroniques et mentales et les études sur l'évolution caractérisée de l'état de santé en longue période exigent souvent des mois et même des années d'attente avant qu'on observe les effets d'un traitement ou d'un programme de soins. Cette difficulté pose en fait deux problèmes. Plus grande est la période de temps écoulée entre la cause et les effets observés, plus grande est la possibilité que des

facteurs extérieurs au régime de la santé faussent les résultats. De plus, l'administrateur peut rarement attendre plusieurs mois avant de juger du succès de son programme; car il doit prendre certaines décisions dans l'intervalle et il est important que le processus d'évaluation lui fournisse rapidement certaines informations.

1162. Les trois buts de l'évaluation représentent donc des points de vue valables mais aucun ne suffit à guider l'évaluation de la qualité des soins. L'évaluation des résultats obtenus, façon plus directe et plus valide d'aborder les problèmes, doit être le principal but de l'évaluation mais, à cause des difficultés techniques et méthodologiques qu'elle comporte, elle doit faire appel parfois à des méthodes de régulation et de contrôle qui la complètent ou la remplacent.

2. — LES MÉTHODES D'ÉVALUATION

1163. Les buts du processus d'évaluation ne conditionnent pas seulement le choix des normes mais aussi celui des deux principales méthodes d'évaluation.

a) L'évaluation de la technique professionnelle

1164. L'évaluation de la technique professionnelle satisfait les deux premiers buts de l'évaluation : régulation et contrôle. Ce type d'évaluation, relativement simple, consiste essentiellement à s'assurer que la compétence des individus et l'organisation des établissements correspondent aux normes établies et à vérifier si les actes et les méthodes préventives, diagnostiques et thérapeutiques respectent les normes d'exercice professionnel généralement acceptées. Deux études, faites l'une en Caroline du Nord et l'autre au Canada, en illustrent l'application¹.

1165. L'évaluation de la technique professionnelle ne fournit aucun renseignement sur la relation de cause à effet entre le niveau de compétence ou la qualité des actes et les résultats obtenus. Au contraire, sa valeur repose sur une hypothèse qui veut que la compétence des individus et la qualité des actes, définies par les normes, produisent des soins adaptés aux besoins des malades, de même que sur la présomption que ces soins contribuent soit à la prévention ou à la guérison de la maladie, soit à la réadaptation du malade. Cette valeur et la place qu'on lui réserve dans un système d'évaluation dépendent

¹ Voir à ce sujet Osler L. Peterson *et al.* : « An Analytical Study of North Carolina General Practice, 1953-1954 », *Journal of Medical Education*, décembre 1956, vol. 31, N° 12, pp. 1-165 et Kenneth F. Clute : *The General Practitioner*, University of Toronto Press, Toronto, 1963.

donc de la démonstration du bien-fondé des hypothèses et de la validité des normes. Cependant, une fois cette preuve scientifique ou au moins cette démonstration rigoureuse établie, ce type d'évaluation devient fort valable et important. Comme son application est relativement simple, on le prévoit comme partie intégrante de chaque programme de soins et comme mécanisme d'évaluation permanente des différents éléments du système de distribution.

1166. Le diagramme IX.1 illustre le processus de l'évaluation de la technique appliquée à la qualité des actes et des méthodes ou à la compétence et au rendement des professionnels et des établissements. Dans la première phase, on compare l'entité évaluée aux normes établies. Si la qualité observée est inférieure aux normes, il faut, dans une deuxième phase, en déterminer les raisons et modifier l'exercice en conséquence. Si, par contre, la qualité observée se compare favorablement aux normes, on s'assure, dans la deuxième phase, que les normes correspondent à un optimum de qualité. Les normes jugées désuètes ou insatisfaisantes sont alors modifiées en fonction des progrès techniques et scientifiques. Dans les deux cas, c'est-à-dire après l'amélioration de l'exercice ou des normes, on reprend le processus d'évaluation jusqu'à ce qu'on puisse affirmer que la qualité observée correspond à des normes optimales.

b) L'évaluation des effets des soins

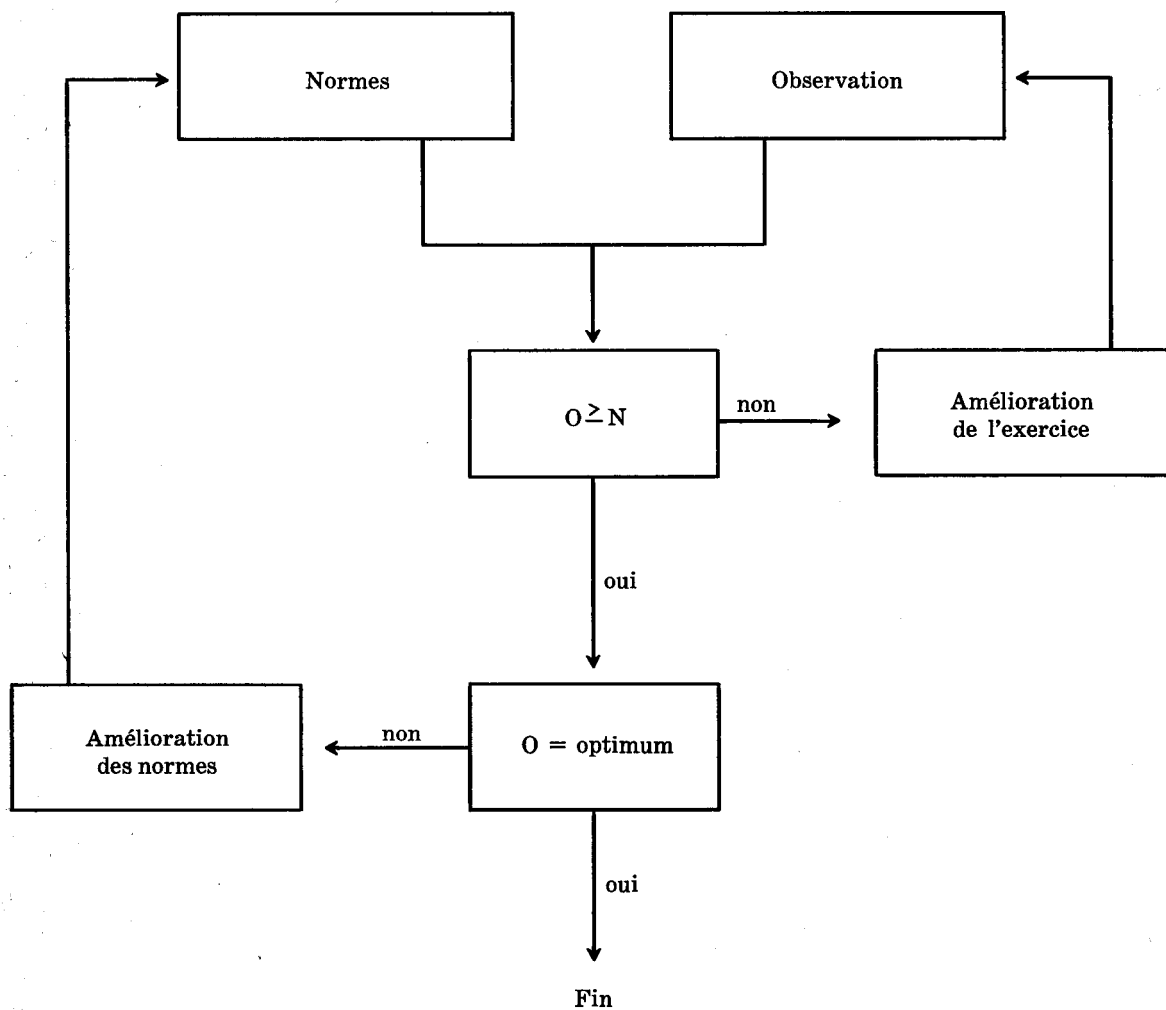
1167. La deuxième grande méthode d'évaluation concerne le troisième but du processus d'évaluation : la détermination des effets des soins sur le niveau de santé des individus et de la population en général. L'évaluation des effets obtenus est beaucoup plus complexe que l'évaluation de la technique professionnelle et se rapproche, sous plusieurs aspects, de la recherche opérationnelle définie précédemment.

1168. Cette méthode d'évaluation comprend les projets qui vérifient des hypothèses précises quant à la relation de cause à effet entre le niveau de compétence des professionnels, la qualité des actes ou les modes de distribution des soins et les résultats obtenus. On étudie les effets des soins en comparant les taux de mortalité, l'incidence et la prévalence¹ des maladies, les taux d'invalidité et de complication, le degré de satisfaction du malade et le comportement de l'individu comme être physique, intellectuel et social. Par exemple, le fait de

¹ Ces deux termes qu'on confond assez souvent en les utilisant l'un pour l'autre recouvrent des réalités bien différentes. Alors que l'« incidence » d'une maladie représente le nombre de *nouveaux* cas survenus au cours d'une période donnée (par rapport à la population moyenne enregistrée durant cette période), la « prévalence » de la maladie fournit le nombre de cas décelés à une date ou à un moment précis par rapport à la population dénombrée au même moment.

DIAGRAMME IX.1

Rôle des normes dans le processus d'évaluation



Légende : O — Optimum
N — Norme

Source : Adapté de Frederic J. Moore : *Development of a Clinical Decision Support System*, I. B. M. Advanced Systems Development Division, juin 1968.

confier certains problèmes à des internistes plutôt qu'à des omnipraticiens permet-il d'obtenir de meilleurs résultats ? Ou encore, l'ablation chirurgicale d'un organe ou l'administration de certains médicaments améliore-t-il vraiment la condition des malades ? L'application de certaines mesures préventives permet-elle réellement de diminuer l'incidence d'une maladie ? À l'exception des rares cas où l'effet des soins est évident, la réponse à de telles questions requiert une démarche de type expérimental.

1169. Même si cette méthode d'évaluation comporte certains problèmes de responsabilité légale et d'éthique professionnelle, elle n'en demeure pas moins nécessaire. En effet, pourquoi exiger un minimum de conformité entre la compétence des individus ou la qualité des actes et les normes établies si l'on ne connaît pas la valeur réelle de ces normes et les conséquences qu'elles entraînent sur la santé de la population ? Idéalement, on doit d'abord démontrer la signification et l'importance de chaque norme ou groupe de normes pour ensuite les intégrer au mécanisme d'évaluation de la technique professionnelle. Il devient alors possible d'analyser scientifiquement la qualité des soins et de porter un jugement objectif et nuancé sur les cas d'espèces et l'ensemble du système.

1170. L'évaluation des effets des soins est donc très loin de la notion d'inventaire et se rapproche sensiblement du concept de recherche opérationnelle. En effet, cette catégorie d'évaluation se réalise par l'application des méthodes de recherche sociologique, épidémiologique et statistique. L'évaluation se distingue cependant de la recherche proprement dite en ce sens que celle-ci est orientée vers la découverte de connaissances nouvelles et se termine avec la présentation des résultats obtenus, alors que celle-là est un processus continu dont les résultats doivent être intégrés au système évalué, afin de permettre au processus d'évaluation d'en poursuivre l'analyse en tenant compte de son nouvel état et des situations nouvelles.

CONCLUSION

1171. Ainsi, pour être complet et remplir réellement ses buts avec succès, un système d'évaluation doit non seulement tenir compte des divers aspects de la qualité des soins, mais en plus intégrer les différents éléments du système de distribution et développer de façon scientifique des normes et des critères objectifs. Afin de mieux comprendre les recommandations précises concernant le système d'évaluation, il convient d'analyser brièvement le processus d'évaluation que nous proposons.

II — LE PROCESSUS D'ÉVALUATION

1172. Afin d'être complet et rationnel, le processus d'évaluation s'effectue dans le cadre d'un modèle général qui s'intègre au régime de la santé. Les modèles préconisés peuvent être multiples, mais ne représentent généralement que des variations par rapport au modèle fondamental qui fait l'objet du présent chapitre. Le choix du modèle précis doit se faire principalement en fonction du régime de la santé que l'on veut instaurer et en tenant compte des caractéristiques primordiales du système d'évaluation même. Nous retenons trois caractéristiques sans lesquelles, à notre avis, l'évaluation ne peut être que fragmentaire et sporadique et sans influence sur l'évolution et l'amélioration des modes de distribution des soins.

A. — LES CARACTÉRISTIQUES DU PROCESSUS D'ÉVALUATION

1173. Le processus d'évaluation doit être intimement relié à la planification. Celle-ci consiste principalement à étudier une situation ou un régime existant, à identifier les secteurs où l'on veut introduire un changement ou auxquels on veut apporter une amélioration et à élaborer des programmes permettant d'atteindre les buts fixés. L'évaluation du régime de la santé n'a de sens que dans la mesure où elle est conçue et exécutée en étroite liaison avec les politiques de planification, car elle vise essentiellement à vérifier si les changements et les améliorations désirés sont réalisés et à démontrer dans quelle mesure les programmes de soins obtiennent les résultats recherchés.

1174. Dissociée de la planification, l'évaluation risque fort de porter sur des secteurs qui ne sont pas inclus ou qui sont secondaires dans les objectifs du régime et, en conséquence, de ne donner aucune information utile sur la valeur de celui-ci. Ou encore, l'évaluation est incomplète et ne fournit pas les réponses pertinentes, parce qu'on n'a pas prévu la collecte et l'analyse des données nécessaires. S'il est incapable de fournir aux responsables de la planification et de la distribution des soins les données nécessaires pour juger du succès ou de l'échec des programmes établis et pour identifier les variables déterminantes dans le succès ou l'échec, le système d'évaluation n'a aucune valeur pratique pour le régime de la santé.

1175. De plus, le processus d'évaluation doit boucler un circuit, c'est-à-dire qu'il part des objectifs fixés, identifie les activités orientées vers la réalisation des objectifs, cherche à quantifier les effets obtenus, analyse la relation entre les activités et les effets et, enfin, fournit les renseignements qui permettent de porter un jugement objectif

sur la valeur des actes professionnels et des programmes de soins et de modifier les objectifs en fonction des résultats obtenus. Le processus implique la conversion des buts du régime de la santé en objectifs opérationnels et le choix de critères identifiables et mesurables avec précision, et reflétant fidèlement la réalité à analyser. Sans un cheminement rigoureusement logique et scientifique, l'évaluation conduit facilement à des conclusions erronées et à des conséquences souvent désastreuses.

1176. Enfin, on transmet les résultats de l'évaluation aux différents niveaux de décision du régime de la santé. Intégrer l'évaluation au processus de planification et l'ajuster aux objectifs du régime assurent sa valeur intrinsèque. Mais les résultats se révèlent inutiles si les responsables de l'évaluation ne comparent pas les résultats obtenus avec l'activité des administrateurs et des planificateurs afin que ceux-ci poursuivent leur action avec plus de confiance ou apportent les modifications nécessaires au régime. De plus, les résultats positifs ou négatifs de l'évaluation ont une grande valeur éducative pour les professionnels et pour les consommateurs de soins. Il faut donc éviter à tout prix qu'elle s'effectue dans le cadre d'un modèle hermétique, parallèle au régime de la santé, sinon le système d'évaluation engendre l'appréhension, des réserves et même l'opposition ouverte de ceux qu'il doit servir et aider dans l'exercice de leur fonction.

1177. Le domaine de l'organisation des soins a produit jusqu'à maintenant deux modèles principaux d'évaluation qui respectent les caractéristiques brièvement décrites¹ : le modèle axé sur les objectifs du régime et le modèle axé sur le régime lui-même, qui se complètent l'un l'autre. Ils relient le processus d'évaluation à la planification et mesurent le rendement économique et social du régime de la santé.

1178. L'évaluation ne consiste plus à analyser de façon abstraite et absolue le succès ou l'échec du régime, mais vise plutôt à mesurer le succès dans la poursuite des objectifs, en tenant compte des conditions initiales et des circonstances d'évolution du régime. Ainsi, au lieu de vérifier si chaque objectif a été réalisé de façon maximale, elle cherche à découvrir si la répartition des ressources entre les divers objectifs a été réalisée de façon optimale. Cette façon de voir est beaucoup plus exigeante, car elle requiert au niveau de l'analyse une plus grande connaissance du fonctionnement du régime; mais l'effort supplémentaire est largement compensé par les deux avantages suivants :

¹ Voir l'appendice IX.1 du présent chapitre : « Les modèles d'évaluation des soins ».

1° les mécanismes d'interaction entre l'évaluation et l'organisation sont intégrés, puisque l'utilisation des résultats de de l'évaluation fait elle-même l'objet d'une évaluation;

2° l'évaluation de l'organisation interne du régime et de ses relations avec le milieu ambiant permet une meilleure identification des causes du succès et de l'échec de l'organisation dans la poursuite de ses objectifs.

1179. Guidés par les concepts de qualité des soins et d'évaluation, de même que par le processus général d'évaluation, nous décrivons brièvement les mécanismes d'évaluation.

B. — L'INFORMATION

1180. Indépendamment de la perfection du modèle d'évaluation intégré au système de distribution des soins et de la compétence des analystes, l'information disponible conditionne l'évaluation. Afin de poursuivre les trois buts de l'information et de s'étendre à tout le régime, les données doivent être complètes et, de plus, centralisées si l'on veut établir les comparaisons sur une population de base suffisamment grande pour permettre l'application des techniques d'analyse épidémiologique et statistique.

1181. Le présent rapport ne peut exposer tous les détails du système d'information. Qu'il nous suffise de synthétiser et d'illustrer les catégories et le type d'information nécessaire, de même que les principaux centres de collecte des données dans le régime de la santé.

1. — LES CATÉGORIES ET LES TYPES D'INFORMATION

1182. L'élaboration d'un système complet d'information est une tâche d'envergure, qui doit être entreprise de pair avec l'implantation du système de distribution des soins. Les progrès récents des techniques ont modifié les notions dans le domaine du traitement de l'information et certains travaux de recherche opérationnelle en cours portent sur l'application des techniques au domaine de la santé¹. Parallèlement, les programmes de distribution des soins s'étendent de plus en plus au développement de systèmes d'information propres à fournir les renseignements nécessaires à l'évaluation des projets².

¹ Voir à ce sujet le chapitre XIII du présent volume : « L'informatique et la santé ».

² Cecil G. Sheps : *A Reporting Schedule for Utilization Data From the Operating Neighbourhood Health Centers to the Office of Economic Opportunity*, avril 1967. Document mimeographié. Voir également : M. Harvey Brenner et E. Richard Weisnerman : « An Ambulatory Service Data System », *American Journal of Public Health*, juillet 1969, vol. 59, N° 7, pp. 1154-1168.

1183. Afin d'illustrer la nature de l'information nécessaire à l'évaluation du régime proposé en tenant compte des trois buts de régulation, de contrôle et d'analyse des effets, nous croyons utile de grouper les données en trois catégories : état de santé de la population, fonctionnement et extrants du régime. La liste jointe en appendice ¹ n'est pas exhaustive : une énumération plus complète dépasse les buts du présent rapport et devient très complexe, car on ne peut isoler le régime de la santé des autres secteurs d'activité de la société.

2. — LES SOURCES D'INFORMATION

1184. Dans un secteur aussi vaste et aussi complexe que celui des soins, il est impossible de recueillir toute l'information désirée au même point du système. Un souci d'efficacité, par contre, incite à réduire au minimum les centres de collecte de l'information. Les catégories d'information requise et les caractéristiques du système suggèrent six principales sources d'information.

a) Le recensement

1185. Le recensement fournit toutes les données démographiques et socio-économiques sur la population générale de la province. Il est donc important de respecter, dans la mesure du possible, les limites des régions administratives et des régions de recensement en déterminant les régions sanitaires.

b) L'enquête permanente sur l'état de santé de la population

1186. Afin d'obtenir des renseignements pertinents et fiables sur l'incidence et la prévalence des maladies (symptômes, signes et invalidités), l'état de santé, les attitudes et l'éducation sanitaire de la population, il est impérieux d'instituer une enquête permanente sur la santé de la population, à l'instar du *U. S. National Health Survey* créé en 1956 ². Cette enquête comprend un questionnaire et un examen physique et le plan de l'enquête doit inclure une interview et l'examen régulier d'un échantillon représentatif de la population. Ainsi, les planificateurs et les administrateurs ont accès à une information pré-

¹ Voir l'appendice IX.2 du présent chapitre : « Nature de l'information nécessaire dans le secteur de la santé ».

² U. S. Department of Health, Education and Welfare, National Center for Health Statistics : *Origin, Program, and Operation of the U. S. National Health Survey*, U. S. Government Printing Office, Washington, août 1963, (P. H. S. Publication, No 1000, Series 1, No 1); voir également : U. S. Department of Health, Education and Welfare, National Center for Health Statistics : *Health Survey Procedure, Concepts, Questionnaire Development, and Definitions in the Health Interview Survey*, U. S. Government Printing Office, Washington, 1964 (P. H. S. Publication No 1000, Series 1, No 2).

cieuse pour la prise des décisions et la centralisation des échantillons favorise des études statistiques plus extensives. Les techniques de construction de questionnaires, d'échantillonnage et d'analyse des résultats sont suffisamment perfectionnées pour justifier une telle proposition.

1187. Dès les premières phases d'organisation de cette enquête, il convient de préconiser le recoupement avec les autres provinces du Canada dans la perspective d'une enquête sur l'état de santé de la population canadienne.

c) Les dossiers de santé

1188. Si chaque CCS est responsable d'une population bien définie et si les CLS leur sont reliés ou intégrés, toute personne qui se présente à une consultation à un point d'entrée du système doit avoir un dossier de santé à jour. On normalise alors la collecte et le traitement de l'information et on centralise les renseignements appropriés dans une banque à l'échelle du Québec ¹.

d) Les rapports spécifiques

1189. Le centre provincial d'information peut exiger des rapports hebdomadaires, mensuels ou annuels selon le cas, sur les entrées dans le système et le fonctionnement de celui-ci afin de compléter les renseignements recueillis par l'intermédiaire des dossiers de santé.

e) Les enquêtes spéciales

1190. Selon les renseignements fournis par l'enquête permanente, le ministère de la Santé, en collaboration avec les centres de recherche des universités, peut entreprendre des enquêtes et des études spéciales sur des problèmes particuliers concernant certains sous-groupes de la population ou certaines catégories de maladies comme les maladies mentales, chroniques ou infantiles et les troubles non diagnostiqués.

f) Les registres spéciaux

1191. On connaît déjà très bien l'usage de registres spéciaux pour les maladies contagieuses, qui furent dans le passé des problèmes majeurs de santé. Aujourd'hui, les principaux problèmes de santé publique sont le cancer, les maladies chroniques, les maladies dégénératives

¹ Voir à ce sujet le chapitre XIII du présent volume : « L'informatique et la santé ».

(coronariennes, cérébro-vasculaires, pulmonaires, arthritiques), les accidents, les malformations congénitales et les maladies infantiles. En vue de la planification et de la recherche étiologique sur ces maladies, il faut tenir des registres provinciaux sur l'incidence et la prévalence de ces maladies selon les caractéristiques démographiques et épidémiologiques de la population.

1192. Le ministère de la Santé doit traiter et analyser les données recueillies aux différents points de collecte du système, et diffuser par la suite les résultats aux différents niveaux de décision du régime afin de servir à l'évaluation et à la planification, aux décisions administratives et médicales, à l'enseignement et à l'éducation de la population.

C. — LES MÉCANISMES D'ÉVALUATION

1193. Nous pourrions faire une étude très approfondie des mécanismes d'évaluation de la qualité des soins, mais nous dépasserions les buts du présent rapport. Nous citons ici, pour consultation, plusieurs études intéressantes publiées au cours de la dernière décennie¹. Nos commentaires sur le sujet se limitent donc à préciser les modalités de contrôle des actes professionnels.

1194. Il existe dans la plupart des établissements hospitaliers différents mécanismes d'examen pour le contrôle des actes professionnels : comité de vérification des dossiers, comité d'appréciation des actes médicaux, comités d'étude des problèmes périnataux, etc. Ces mécanismes jouent, sans aucun doute, un rôle important de stimulation pour améliorer la qualité des soins donnés aux malades, mais ils comportent de sérieuses limitations : on ne dispose habituellement pas de normes formelles ; les dossiers examinés sont rarement choisis selon les méthodes modernes d'échantillonnage statistique ; et les comparaisons entre professionnels et entre établissements sont

¹ D. J. Verda et W. R. Platt : « The Tissue Committee Really Get Results », *Modern Hospital*, septembre 1958, vol. 91, N° 3, pp. 74-76; Paul A. Lembcke : « Medical Auditing by Scientific Methods », *Journal of the American Medical Association*, octobre 1956, vol. 162, N° 7, pp. 646-655; Herman N. Bundesen : « Effective Reduction of Needless Hebdomadal Deaths in Hospitals », *Journal of the American Medical Association*, avril 1955, vol. 157, N° 16, pp. 1384-1399; Commission on Chronic Illness : *Chronic Illness in United States*, volume III, *Chronic Illness in a Rural Area : the Hunterdon Study*, Harvard University Press for the Commonwealth Fund, Cambridge, Mass., 1959; Commission on Chronic Illness : *Chronic Illness in the United States*, volume IV, *op. cit.* ; Walter J. McNerney : *Hospital and Medical Economics*, Hospital Research and Educational Trust, Chicago, 1962; Donald C. Riedel et Thomas B. Fitzpatrick : *Patterns of Patient Care*, the University of Michigan, Ann Arbor, 1964; Irene Hess, Donald C. Riedel et Thomas B. Fitzpatrick : *Probability Sampling of Hospitals and Patients*, the University of Michigan, Ann Arbor, 1961 (Bureau of Hospital Administration, Research Series, N° 1).

généralement impossibles. Quelques centres hospitaliers ont déjà introduit des mécanismes plus formels et plus scientifiques pour l'évaluation de la qualité des soins, dont le plus important est sûrement la vérification des dossiers des malades et l'appréciation des actes professionnels. Afin de dissiper toute confusion et de bien saisir les possibilités du contrôle des actes professionnels, nous allons en préciser les différents types.

1. — LE CONTRÔLE INTERNE ET LE CONTRÔLE EXTERNE

1195. On distingue généralement le contrôle interne et le contrôle externe. Le premier se rapporte à l'examen des dossiers des malades effectué par les pairs au sein d'un établissement et diffère des autres mécanismes d'examen en ce sens qu'il implique une révision complète selon des méthodes scientifiques et en fonction de normes objectives précises. Le contrôle externe est un mécanisme identique, mais effectué par un groupe d'experts qui n'appartiennent pas à l'établissement et à qui l'on confie la responsabilité de l'évaluation et de l'analyse des résultats. Les deux types de contrôle peuvent faire appel à l'assistance technique d'organismes spécialisés comme la *Commission on Professional Activities* et le *Medical Audit Program* aux États-Unis. Seul le statut des analystes par rapport à l'établissement précise la distinction entre ces deux types de contrôle.

1196. Évidemment, le contrôle interne est plus facilement accepté par les professionnels de la santé et il a ordinairement un effet positif sur la qualité des soins. Cependant, le contrôle externe assure une meilleure relation entre les processus d'évaluation et de planification. Il faut se garder, toutefois, de donner à ces contrôles un caractère policier et d'en abuser. Ils doivent tendre, au contraire, à créer un climat de stimulation constante vers l'excellence et non pas à retenir comme rôle unique la correction des irrégularités et la réprimande de ceux qui sont fautifs.

2. — L'EXAMEN DES DOSSIERS ET LE CONTRÔLE STATISTIQUE

1197. Le contrôle externe ou interne des actes professionnels se différencie, selon qu'il s'agit d'examen de dossiers ou de critères statistiques. L'examen des dossiers permet une étude plus détaillée du rendement des professionnels et des conclusions plus précises sur la qualité des soins. Cependant, il est nécessairement long et fastidieux et nécessite l'intervention plus fréquente d'experts. Pour ces raisons, on recherche de plus en plus des critères précis qui servent à une analyse statistique et fournissent des indications sur la qualité des soins. L'analyse statistique a pour avantages d'inclure un plus grand nombre de cas, de s'effectuer plus facilement et plus

rapidement, d'assurer une plus grande objectivité et de faciliter les comparaisons entre professionnels et entre établissements. Le contrôle statistique identifie généralement des zones où la qualité des soins est douteuse; les cas individuels affrontent le jugement professionnel d'experts.

3. — LE CONTRÔLE PROFESSIONNEL ET LE CONTRÔLE ADMINISTRATIF

1198. Enfin, un troisième type de mécanisme de contrôle distingue les contrôles professionnels et administratifs selon que la responsabilité en incombe aux professionnels de la santé ou aux administrateurs. En effet, si les mécanismes de contrôle permettent aux groupements professionnels d'apprécier la qualité des actes posés par leurs membres, il ne s'ensuit pas nécessairement que la délégation de responsabilité doive être complète.

1199. Le diagramme IX.2 illustre une classification des types de contrôle des actes professionnels suggérée par un auteur¹. Nous indiquerons plus loin comment un système d'évaluation combine les différents types.

1200. Avant d'indiquer comment répartir les responsabilités d'évaluation dans le système de distribution des soins proposé, mentionnons les problèmes d'ordre méthodologique qui conditionnent la valeur technique de l'évaluation même : choix de l'unité de base, représentativité des échantillons, éléments de comparaison, normes, validité et sûreté des critères. Le lecteur qui s'intéresse à ces aspects méthodologiques se reportera à l'appendice IX.3 qui traite de ce sujet², aux ouvrages statistiques, et aux études effectuées dans le domaine de l'organisation des soins médicaux.

III. — LES IMPLICATIONS POUR LE RÉGIME DE LA SANTÉ

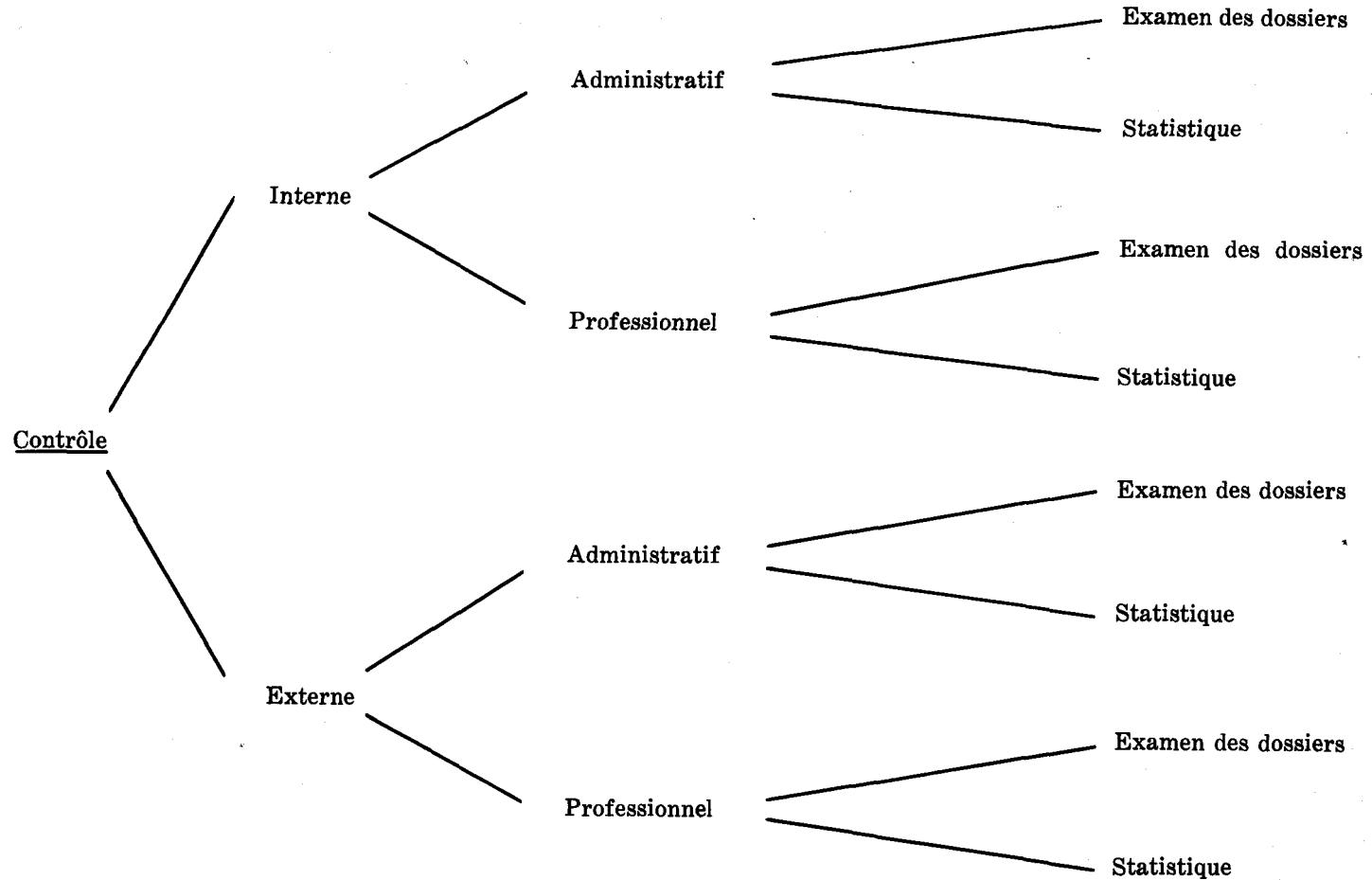
1201. L'exposé des buts, des méthodes et des techniques d'évaluation pose le problème fondamental de ce secteur d'activité et de recherche, à savoir qu'il n'existe pas de formule générale qui résiste à l'épreuve du temps et encore moins de recettes infaillibles. Les méthodes et les techniques qui rendent opérationnels les concepts d'évaluation sont encore très imparfaites. De plus, chaque situation demande souvent une application particulière des méthodes d'évaluation. Aussi, à l'instar du régime de la santé, le système d'évaluation doit-il être

¹ Avedis Donabedian : *op. cit.*, p. 190.

² Voir l'appendice IX.3 du présent chapitre : « Méthodologie de l'évaluation ».

DIAGRAMME IX.2

Classification des mécanismes formels de contrôle



Source : D'après Avedis Donabedian : « Promoting Quality through Evaluating the Process of Patient Care », *Medical Care*, op. cit., p. 190.

suffisamment souple et flexible pour recourir à l'expérimentation et à l'adaption de technique nouvelles.

1202. L'état actuel des connaissances dégage tout de même certains principes directeurs qui président à l'intégration du système d'évaluation au régime de la santé. Nous croyons opportun de souligner les points suivants avant d'aborder la répartition des fonctions d'évaluation :

- 1) l'information recueillie couvre les divers aspects du fonctionnement du régime : inventaire des ressources humaines et matérielles, systèmes administratifs, caractéristiques des professionnels et des consommateurs de soins, utilisation des ressources ;
- 2) la collecte de l'information s'effectue, en majeure partie, sans perturber la distribution des soins et sans nécessiter une surcharge de travail pour les responsables de la distribution ;
- 3) l'unité de base pour l'évaluation des effets du régime de la santé doit être l'individu et non le service rendu. De plus, on doit relier les informations relatives aux membres d'une même famille¹ ;
- 4) l'évaluation porte sur tous les niveaux de soins, généraux, spécialisés et ultraspecialisés, et embrasse toute la gamme des soins, préventifs, curatifs et de réadaptation ;
- 5) on révisé constamment les normes et on vérifie les hypothèses sur lesquelles elles reposent, dans toute la mesure du possible ;
- 6) l'évaluation tient compte des objectifs réels poursuivis par chaque partie du régime et on répartit les tâches d'évaluation selon les niveaux de responsabilité ;
- 7) l'évaluation comporte la responsabilité de retourner les résultats du contrôle aux différents points en cause dans le régime et de vérifier l'exécution des changements nécessaires.

1203. Comme il n'existe pas de méthode unique d'évaluation, il faut que le système agence les méthodes et les techniques connues, de façon à couvrir le mieux possible la réalité complexe soumise à l'évaluation et à atteindre les trois buts suivants : régulation, contrôle et étude des effets. Nous concevons généralement l'évaluation

¹ Voir l'appendice IX.3 du présent chapitre : « Méthodologie de l'évaluation ».

comme une responsabilité de niveau central, ce qui permet de constituer une base statistique suffisante pour ouvrir une vue d'ensemble sur tout le régime. Cependant, les niveaux régionaux et locaux collaboreront à certaines phases particulières de l'évaluation.

A. — LE NIVEAU CENTRAL

1204. Le ministère de la Santé est responsable de la politique de la santé et de sa planification générale. En partageant la responsabilité de la planification avec les régions et en déléguant des responsabilités d'administration et de direction aux ORS et d'exécution aux CCS, le ministère se libère ainsi de plusieurs tâches et tourne son attention vers la recherche ainsi que vers le développement et l'évaluation du régime.

1205. Le niveau central du régime assume la majeure partie de l'évaluation à partir des trois tâches de régulation, de contrôle et d'étude des résultats. Cependant, il ne faut pas effectuer la détermination des normes et l'analyse des résultats en vase clos, mais avec la collaboration des universités, des organismes professionnels intéressés et des ORS.

1. — LA RÉGULATION

1206. La régulation vise essentiellement à surveiller la qualité, la quantité et la répartition des ressources utilisées pour la distribution des soins : effectifs professionnels et équipement. Ce type d'évaluation technique vérifie l'application des normes préétablies et opère principalement l'inventaire et l'inspection des établissements, de même qu'il contrôle la qualification du personnel¹. À un comité permanent du ministère de la Santé appartient la responsabilité de l'élaboration des normes, de l'inventaire et de l'inspection des établissements. Rappelons que la raison d'être des mécanismes régulateurs est de protéger le public, en lui assurant des installations appropriées et un personnel consciencieux et compétent. Ainsi les normes établies s'appliquent-elles rigoureusement, mais leur détermination et l'utilisation des mécanismes de régulation doivent préserver la souplesse et la flexibilité du régime de la santé.

2. — LE CONTRÔLE

1207. L'évaluation au niveau central a pour deuxième but l'aspect dynamique du régime, c'est-à-dire le fonctionnement et les processus

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

de distribution des soins. Il s'agit encore d'une évaluation technique qui vérifie si le rendement des administrateurs et des responsables de la distribution des soins correspond aux normes de qualité établies. Son principal mécanisme d'évaluation est le contrôle statistique externe, à partir de l'information recueillie par des rapports périodiques sur l'administration du régime ou de l'information extraite des dossiers de santé, qui reflètent l'utilisation des soins et le rendement dans la distribution. Les meilleurs exemples de l'application des techniques statistiques à l'évaluation du fonctionnement et des processus de distribution sont la *Commission on Professional and Hospital Activities (CPHA)* à Ann Arbor, Michigan¹ qui, depuis 1957, offre trois programmes complémentaires d'analyse : le *Professional Activity Study (PAS)*, le *Medical Audit Program (MAP)* et le *Length of Stay Package (LSP)*. Plus récemment, la Pennsylvanie, avec la collaboration de la Société médicale de cet État, du Conseil des hôpitaux et de *Blue Cross*, a instauré un programme semblable à celui du *Professional Activity Study*, le *Hospital Utilization Review Project (HURP)*².

1208. Ce genre d'analyse statistique ne comporte pas de jugement de valeur en soi mais compare l'information ainsi traitée avec les normes administratives (établies par le ministère et les ORS) et professionnelles (établies par les ordres) d'une part, et les établissements et les groupes de professionnels de la santé entre eux, d'autre part. Retenons deux points pour l'efficacité de l'évaluation : (1°) l'évaluation statistique externe couvre les trois niveaux de soins (généraux, spécialisés et ultraspecialisés) et toute la gamme de soins (prévention, traitement et réadaptation); (2°) il faut rapidement transmettre les résultats aux ORS et aux ordres professionnels, afin qu'on analyse régulièrement plus en détail les cas non couverts par les écarts-types établis d'après un examen de dossiers et qu'on révise et ajuste au besoin les normes elles-mêmes.

3. — L'ÉVALUATION DES EFFETS ET LA RECHERCHE

1209. On doit intégrer l'étude des effets du régime sur l'état de santé de la population globale et des principaux sous-groupes de la population (enfants, personnes âgées, catégories selon la pro-

¹ Commission on Professional and Hospital Activities (Brochure for 1968) : *Professional Activity Study (PAS)*, *Medical Audit Program (MAP)*, *Medical Records at Work*, Ann Arbor, Michigan, 1968. Voir également : « Computer Analysis of Length of Stay », *The Record*, novembre 1965, vol. 3, No 8.

² S. Shindell et M. London : *A Method of Hospital Utilization Review*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1966. V. N. Slee : *Uniform Methods of Measuring Utilization in Utilization Review*, A Handbook for the Medical Staff, American Medical Association, Department of Hospitals and Medical Facilities, Chicago, 1965.

fession) à l'évaluation au niveau central. En plus des dossiers de santé, l'enquête permanente sur l'état de santé et les enquêtes particulières constituent les principales sources d'information pour cette évaluation. Celle-ci est surtout descriptive à ce niveau et fournit une base d'information indispensable aux ORS pour la planification régionale et aux centres universitaires pour la recherche épidémiologique.

1210. Enfin, le ministère de la Santé, de concert avec les ORS et les universités, doit mettre en application des programmes de recherche opérationnelle afin de vérifier les hypothèses à partir desquelles on élabore les objectifs et les normes, d'améliorer les normes d'évaluation et de perfectionner les méthodes et les techniques d'évaluation.

B. — LE NIVEAU RÉGIONAL

1211. L'ORS est responsable de la planification à court et à moyen terme, de même que, de l'organisation des soins sur son territoire. Par conséquent, à ce niveau de responsabilité, nous avons souligné que, en matière d'évaluation, la tâche de donner suite aux résultats de l'évaluation incombe en bonne partie à l'ORS. Celui-ci s'assure que le circuit de l'évaluation est bouclé en incorporant les résultats de l'évaluation au régime de la santé et en effectuant les changements nécessaires à l'organisation des soins. De plus, l'ORS collabore intimement avec l'université et le ministère de la Santé pour la réalisation des programmes de recherche opérationnelle sur le régime et les mécanismes d'évaluation.

1212. Enfin, l'ORS est responsable de l'utilisation des ressources matérielles de la région et de l'adaptation des soins aux besoins de la population. Il lui revient donc de prendre l'initiative quant aux programmes et aux nouveaux modes de distribution des soins. Chaque nouveau programme et chaque expérience tentée au niveau de l'organisation et de la distribution des soins, nous l'avons déjà souligné, doit comprendre, comme partie intégrante, un programme d'évaluation des effets obtenus. Cette évaluation s'opère sur place en tenant compte des conditions du milieu et ne peut être dirigée du niveau central. Comme, de plus, l'évaluation des effets s'apparente à la recherche appliquée — allant de la simple expérience clinique à la recherche opérationnelle — elle doit logiquement être effectuée par l'université et l'organisme intéressé, sous le patronage de l'ORS.

C. — LE NIVEAU LOCAL

1213. Le système et les mécanismes d'évaluation aux niveaux central et régional procurent une évaluation complète du régime de la

santé, de même que les moyens d'intervenir en temps opportun sur son fonctionnement et son organisation. En effet, les mécanismes de régulation, de contrôle et d'étude des effets assurent la protection du public, vérifient la réalisation des objectifs et mesurent l'efficacité du régime.

1214. Cependant, il est toujours possible d'apporter des améliorations. En effet, l'évaluation au niveau local renforce les mécanismes d'évaluation régionale et centrale et sert d'autres objectifs. Au niveau de chaque CHU et de chaque CCS, y compris les CLS affiliés, l'évaluation interne, par examen systématique et régulier des dossiers de santé, relève et corrige rapidement les irrégularités qui échappent en tout ou en partie à l'évaluation statistique externe. L'examen des dossiers par les pairs est un autre mécanisme efficace de stimulation à l'excellence et de contrôle de la distribution des soins. L'information recueillie par l'évaluation interne sert de base à la préparation des programmes d'enseignement continu correspondant aux besoins réels des professionnels de la santé.

1215. L'évaluation interne par examen des dossiers ne peut remplacer l'évaluation statistique externe, car elle n'a pas l'objectivité de celle-ci et ne permet pas la comparaison, entre elles, des différentes parties du régime. Toutefois, accompli selon des normes précises et rigoureuses, l'examen des dossiers par les membres de chaque centre de santé complète l'évaluation statistique et la revue des dossiers par un agent externe, et doit être intégré au système d'évaluation.

IV. — L'IMPLANTATION DU SYSTÈME D'ÉVALUATION

1216. De prime abord, l'implantation d'un tel système d'évaluation semble une tâche délicate et difficile à réaliser, du moins dans un proche avenir. Toutefois, la complexité et la difficulté de la tâche ne constituent pas des motifs suffisants pour renoncer au projet. Le coût de l'assurance-maladie soulève sûrement de nombreuses questions sur l'utilisation et la qualité des soins médicaux. La seule façon d'y apporter des réponses précises et de trouver des solutions réalistes aux problèmes est d'avoir un bon système d'évaluation qui fournisse une information objective sur le fonctionnement du régime de la santé. Même si l'on doit viser à la perfection, une évaluation incomplète vaut encore mieux qu'un simulacre ou une absence totale d'évaluation.

1217. On prévoit la mise en œuvre progressive du système d'évaluation, car certains éléments sont plus urgents et doivent être mis en application rapidement, alors que d'autres parties du système

feront suite à une phase d'étude et de recherche plus approfondies avant d'atteindre le stade de la réalisation. Afin d'illustrer plus concrètement l'organisation du système d'évaluation, nous suggérons un plan en cinq étapes. Cependant, on ne doit pas interpréter ce plan de façon rigide : tout autre plus conforme aux conditions et aux contraintes réelles qui peuvent surgir est aussi valable. À notre avis, il n'existe qu'une seule condition impérieuse à respecter, c'est l'instauration d'un système d'évaluation de l'utilisation du régime de la santé et ce, dans les plus brefs délais possibles, de préférence dès le début de l'assurance-maladie, afin de ne pas perdre une information de base irremplaçable et d'assurer un contrôle minimal du régime de la santé.

1218. Afin d'éviter toute confusion quant aux fonctions des différents éléments du système d'évaluation, rappelons la différence entre les règles empiriques et normatives. Les premières représentent les méthodes utilisées par les établissements reconnus par leur haut degré d'excellence ou dérivent de moyennes statistiques obtenues par la comparaison d'établissements d'une même catégorie. Comme exemples de règles empiriques, on cite celles qui commandent au malade de garder le lit pendant un certain nombre de jours à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un infarctus du myocarde. Par contre, les règles normatives sont des règles édictées en vertu des connaissances techniques et spécialisées relatives à différents aspects de l'exercice professionnel. Par exemple, les règles qui déterminent les indications opératoires et prescrivent le mode particulier d'intervention sont des règles normatives, établies selon les connaissances acquises sur le fonctionnement physiologique et la structure anatomique d'un organe ou d'un système.

1219. La principale différence entre ces règles empiriques et normatives réside donc dans la façon dont on les établit. Cette distinction pour les divers organismes chargés de réaliser l'évaluation soulève l'implication suivante : les comités d'évaluation, qui tirent des règles empiriques directement de l'observation et de l'analyse statistique du régime de la santé, ne peuvent définir eux-mêmes les règles normatives. À cause de leur nature même, celles-ci exigent l'étude compétente de comités de spécialistes de chaque domaine.

1220. Le plan soumis dans les pages suivantes indique le processus pour mettre en marche simultanément les différents éléments du système d'évaluation dans les plus brefs délais. Par la suite, le plan propose de concentrer successivement les efforts sur le fonctionnement de chaque élément. Nous suggérons un ordre de priorité établi selon le caractère d'urgence des éléments les uns par rapport

aux autres, d'une part, et d'après les difficultés et le travail de préparation dus à la nature de la tâche et aux ressources existantes, d'autre part. Nous proposons donc les cinq étapes suivantes :

Première étape : mise en place des éléments du système au niveau du ministère de la Santé,

- a) Comité d'agrément, responsable d'élaborer et de réviser régulièrement les normes d'agrément des établissements et de qualification du personnel en collaboration avec le ministère de l'Éducation, les universités et les organismes professionnels intéressés. Le comité a également la responsabilité de s'assurer que les ordres professionnels remplissent efficacement leur rôle dans les domaines de leur compétence. Le comité doit enfin maintenir un inventaire complet du personnel et de l'équipement dans le domaine de la santé.
- b) Comité d'évaluation externe, responsable de l'évaluation statistique externe du régime. Le comité a également la responsabilité de faire examiner les dossiers par les organismes externes compétents.
- c) Comité des registres et de l'enquête permanente sur l'état de santé.
- d) Conseil de la recherche sur la santé, chargé de promouvoir et de subventionner la recherche épidémiologique et opérationnelle spécialement dans les domaines de la validation des normes, de l'amélioration des techniques d'évaluation, de l'expérimentation de nouveaux modes de distribution des soins et de l'étude de l'état de santé de la population.

1221. Pour chaque comité constitué, on prévoit un programme d'action précis, de façon à coordonner l'organisation du système en fonction des étapes subséquentes.

Deuxième étape : évaluation externe et interne de la qualité des soins. Cette étape comprend quatre phases : on aborde les deux premières dans un très bref délai (quelques mois), et on synchronise les deux autres avec la troisième étape du plan.

Phase 1. — Évaluation statistique externe concentrée sur l'utilisation des centres de santé : admissions, durée de séjour et recours aux services de biologie médicale et de radiologie. Ce type d'évaluation est relativement facile à réaliser à partir des données recueillies par la Direction générale de l'assurance-

hospitalisation, à condition d'y apporter les deux améliorations suivantes : (1°) relier l'information recueillie au nombre d'individus plutôt qu'au nombre d'admissions à l'hôpital ; (2°) classer l'information selon les principales catégories de diagnostics, définies par la classification internationale des maladies, de même que selon le sexe et l'âge des malades.

Ces simples changements permettent une vue d'ensemble sur l'utilisation des ressources les plus coûteuses du régime. De plus, il devient possible de tirer des règles empiriques en calculant les moyennes, les variances et les percentiles pour chaque catégorie diagnostique selon le sexe et l'âge. Les données ainsi traitées sont plus facilement analysées et permettent de comparer les établissements et les groupes de professionnels entre eux.

Phase 2. — Revue des dossiers au niveau de chaque établissement.

Parallèlement à l'instauration de l'évaluation statistique externe, qui se situe au niveau central, on doit créer des comités d'examen des dossiers au sein de chaque établissement, afin d'étudier plus en détail l'utilisation des centres de santé et de sensibiliser les professionnels aux problèmes soulevés.

Phase 3. — Évaluation au niveau des soins externes.

Dès que l'organisation des dossiers permet de colliger l'information relative à la distribution des soins généraux, l'évaluation statistique de l'utilisation des ressources et les mécanismes d'examen des dossiers devront couvrir cette partie du système de distribution des soins.

Phase 4. — Autres aspects de la qualité.

À mesure que les normes qui portent sur le rendement et que les critères de mesures des autres aspects de la qualité sont précisés, l'évaluation statistique et l'examen des dossiers s'étendent progressivement à ces domaines d'évaluation.

Troisième étape : organisation des dossiers.

Mise en marche dès le début, l'organisation des dossiers a priorité aussitôt que le fonctionnement de l'évaluation statistique externe relative à l'utilisation des ressources est assuré.

Avant de pouvoir faire un grand usage des ordinateurs pour traiter l'information et réaliser une évaluation plus précise de la qualité des soins, il est essentiel de mettre au point un système uniforme

ORGANIGRAMME IX.1 **Le régime de la santé et l'évaluation**

| <i>Régime de la santé</i> | <i>Évaluation</i> | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--|--|
| <i>Ressources :</i> | <i>Buts</i> | <i>Catégories</i> | <i>Mécanismes</i> | <i>Organismes</i> |
| — Équipement | Régulation | Évaluation technique | — Inventaire | — Comité provincial des normes d'agrément |
| — Personnel | | | — Inspection | — Ordres professionnels |
| | | | — Certificats | |
| <i>Processus :</i> | | | | — Service des dossiers de santé du ministère de la Santé |
| — Organisation | Contrôle (utilisation et rendement) | Évaluation technique | — Contrôle statistique | — Comité provincial d'évaluation statistique |
| — Administration | | | — Examen des dossiers médicaux (contrôle interne et externe) | — Comités de contrôle des actes professionnels |
| — Prévention, diagnostic, traitement et réadaptation | | Évaluation-recherche | — Projets de recherche et de démonstration | — Conseil de la recherche sur la santé |
| — Enseignement | | | | — ORS et universités |
| — Recherche | | | | |
| <i>Produit :</i> | | | | |
| — État de santé de la population | Étude des effets | Évaluation des résultats | — Enquête permanente | — Comité provincial des registres et de l'enquête |
| — Nouveau personnel | | | — Registres | — Comité provincial d'évaluation statistique |
| — Connaissances nouvelles | | | — Contrôle externe statistique | — ORS et universités |
| | | | — Recherche et démonstration | |

de dossiers à tous les niveaux de soins. Les dossiers de santé permettent :

- 1° de réunir toute l'information propre à l'évaluation et à la planification au moment et à l'endroit où l'on donne les soins;
- 2° d'extraire et de traiter les données pour fins d'analyse et de transmission au personnel en cause;
- 3° de relier l'information contenue dans les dossiers de santé à la fiche de santé, aux certificats de naissance et de décès de même qu'aux registres provinciaux.

Quatrième étape : organisation des registres relatifs aux principales maladies chroniques et aux accidents.

1222. L'organigramme IX.1 illustre les buts, les catégories et les mécanismes d'évaluation. Il est actuellement difficile de fixer des délais précis pour chacune des étapes décrites précédemment. Cependant, on prévoit que la première étape et les deux premières phases de la deuxième étape requièrent un délai de cinq ou six mois, si l'on fait vraiment l'effort nécessaire. Selon les succès obtenus à chaque étape, le système complet fonctionne après quatre ou cinq ans.

1223. Le temps, les efforts et les ressources consacrés au système d'évaluation sont largement compensés par les possibilités de contrôle des coûts, d'amélioration de la qualité des soins et de mise en marche de la recherche opérationnelle, qui perfectionne le régime de la santé et l'adapte continuellement aux conditions changeantes du milieu et aux besoins nouveaux de la population.

RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

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.

Appendice IX.1

Les modèles d'évaluation des soins

Les modèles d'évaluation des soins

1. On reconnaît, dans le domaine de l'organisation des soins, deux modèles principaux d'évaluation qu'on peut relier intimement à la planification : l'un est centré sur les objectifs, l'autre, sur le régime lui-même.

I. — LE MODÈLE AXÉ SUR LES OBJECTIFS

2. George James a principalement préconisé le modèle d'évaluation axé sur les objectifs¹. Ce modèle est essentiellement un circuit qui a son point d'origine dans le système de valeurs d'une société et y revient après avoir suivi le processus illustré dans le diagramme IX.1.1. Il est établi sur deux principes : une série d'objectifs hiérarchisés et une série d'hypothèses reliant les objectifs entre eux.

A. — LA HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS

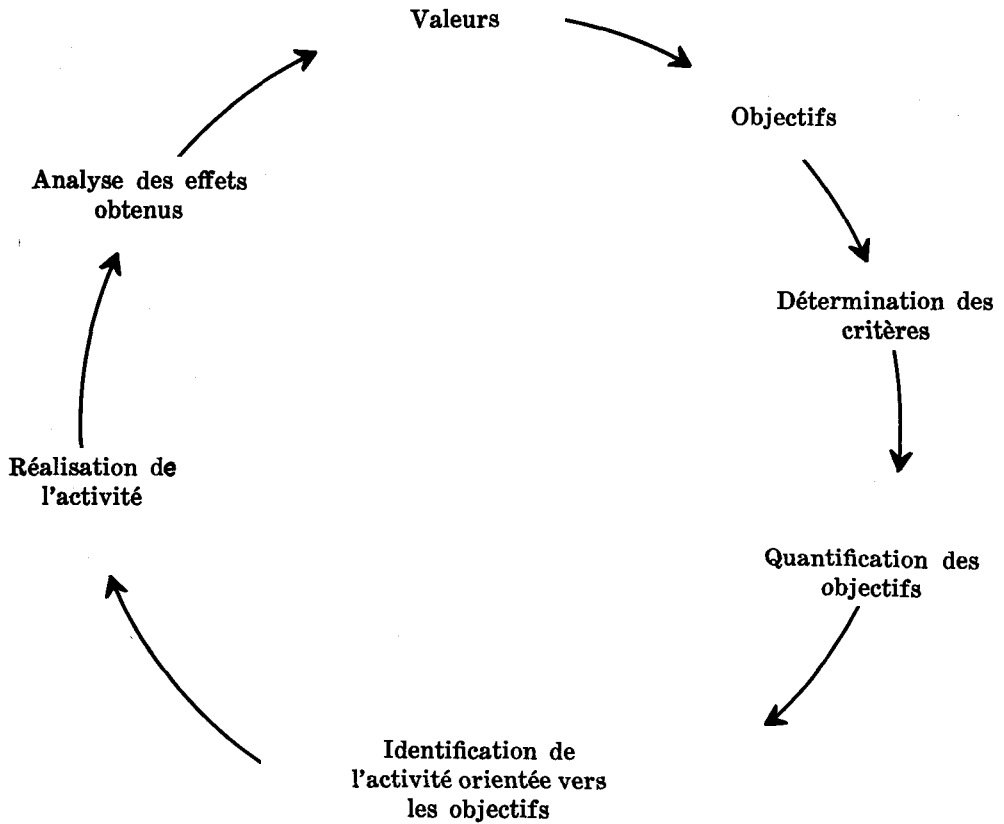
3. Dès l'origine du processus d'évaluation, le rapprochement avec la planification s'effectue, car le système de valeurs d'une société conditionne les attitudes et les besoins de ses membres de même que l'allocation des ressources. La politique générale de développement, proposée par la Commission, reconnaît aux membres de la société le droit d'aspirer à l'amélioration de leur niveau de vie, dont la santé est un élément important. Du point de vue de la société, la santé est un bien public, et il lui incombe de déterminer à quel niveau de l'état de santé la population doit accéder. Par contre, pour les individus, la santé représente un droit fondamental et la société assume la responsabilité de mettre à leur disposition les moyens nécessaires pour maintenir ou recouvrer l'état de santé désiré et jugé acceptable par la communauté. Le sous-système de la société, chargé de ces responsabilités, reconnaît donc l'écart entre la situation existante et le niveau de l'état de santé désiré, et identifie les besoins de la population expliquant cet écart. L'analyse des besoins, l'inventaire des ressources et la connaissance des attitudes de la population permettent de définir les objectifs et de déterminer les priorités que le régime de la santé entend réaliser.

4. À des fins d'évaluation, on organise les objectifs en une série hiérarchisée, qui définit les moyens à mettre successivement en

¹ « Evaluation in Public Health Practice », *American Journal of Public Health*, juillet 1962, vol. 52, N° 7, pp. 1146-1154.

DIAGRAMME IX.1.1

Processus de l'évaluation : modèle axé sur les objectifs



Source : Adapté de George James : « Evaluation in Public Health Practice », *American Journal of Public Health*, op. cit.

œuvre pour atteindre le but ultime, lequel représente, en somme, la situation idéale désirée et explicite, en fait, la raison d'être de ce régime dans la société (ex. : l'amélioration de l'état de santé de la population). Par la suite, on définit les objectifs pour chaque niveau d'administration et de distribution des soins, de telle sorte que chaque objectif précise les moyens de réaliser celui qui précède. Ainsi, les objectifs opérationnels, qui terminent la série, établissent en somme les programmes d'action de chaque élément du régime. L'évaluation porte précisément sur ces programmes exprimés sous forme d'objectifs opérationnels. La Commission détermine, dans un chapitre précédent, le but ultime et les objectifs généraux qui justifient et caractérisent le régime proposé¹. Il appartient aux régions, aux CCS et aux CLS de continuer cette œuvre en déterminant les objectifs opérationnels selon les besoins, les ressources et les attitudes de chaque communauté, jusqu'au niveau d'objectifs le plus bas, qui représente, en somme, la subdivision finale des tâches à accomplir.

5. La hiérarchie des objectifs est caractérisée par leur indépendance. En effet, si l'on considère une série d'objectifs de bas en haut, c'est-à-dire à partir des objectifs opérationnels jusqu'à l'objectif ultime, chacun dépend, quant à sa réalisation, des objectifs inférieurs et conditionne l'existence de l'objectif supérieur. Le processus de l'évaluation de la technique consiste essentiellement à vérifier la réalisation successive de tous les objectifs en montant graduellement dans l'échelle de la hiérarchie jusqu'à l'objectif ultime.

6. Les étapes intermédiaires du programme d'évaluation sont illustrées au diagramme IX.1.1. Il s'agit d'abord de déterminer les critères permettant de quantifier avec précision les différents objectifs et l'identifier l'activité et les méthodes reliées à la poursuite des objectifs. Par la suite, le circuit de l'évaluation se résume à colliger l'information nécessaire à la lumière des critères établis, à analyser les résultats obtenus et à réviser les effets observés, en regard des valeurs fondamentales qui ont présidé à l'élaboration des objectifs. Le circuit est alors bouclé et le processus d'évaluation continue avec les objectifs nouveaux ou modifiés.

B. — LES HYPOTHÈSES DE VALIDITÉ

7. L'exposé qui précède concerne le premier principe du modèle d'évaluation, à savoir l'élaboration d'une série d'objectifs représentant un ensemble hiérarchisé où chaque objectif définit et précise la

¹ Voir le chapitre IV du présent volume : « Une politique de la santé ».

façon de réaliser l'objectif supérieur. Le choix de chaque objectif repose sur certaines hypothèses quant à son existence et quant à sa relation avec les objectifs immédiatement supérieurs ou inférieurs.

8. James¹ reconnaît deux types principaux d'hypothèses : celles qui se rapportent à la valeur intrinsèque d'un objectif et celles qui concernent la validité des objectifs. Les hypothèses sur la valeur intrinsèque sont celles qui reflètent la culture d'une société et les croyances de la population, comme la considération accordée à la vie humaine, l'importance de la santé comparativement à d'autres besoins, les libertés individuelles, etc. Ces valeurs ne se discutent pas facilement et la recherche vise surtout à bien les définir et à expliquer leur fondement dans l'évolution de la société. On ne peut effectuer un changement désiré dans l'ordre des valeurs qu'à très long terme et qu'en faisant appel à des techniques spéciales d'analyse et d'action sociale. Cependant, même si les valeurs fondamentales d'une culture sont importantes et influencent le choix des objectifs, leurs conséquences sur l'évaluation de la qualité des soins le sont moins que celles des hypothèses relatives à la validité des objectifs.

9. Les hypothèses de validité font passer d'un ordre d'objectifs à un autre, chaque objectif d'un ordre inférieur assumant les hypothèses des objectifs d'ordre supérieur. Ainsi, un programme de soins lancé en vue de diminuer le nombre de décès dus au cancer du col utérin peut avoir comme objectif une vaste campagne de dépistage et de distribution des soins appropriés aux femmes atteintes. Un tel programme comporte une série d'hypothèses de validité, à savoir :

- 1° que le type de campagne en vue rejoigne les femmes les plus susceptibles d'être atteintes par la maladie et que celles-ci se soumettent à l'examen de dépistage;
- 2° que l'examen utilisé permette de déceler la maladie à un stade suffisamment précoce pour qu'on applique le traitement;
- 3° que les effectifs et les ressources disponibles offrent un bon traitement à toutes les personnes dont l'état le requiert;
- 4° que les malades jugent le traitement acceptable et que la majorité s'y soumette;
- 5° enfin, que le traitement offert modifie effectivement l'évolution de la maladie, de sorte que le risque de décès diminue de façon appréciable.

¹ George James : « Evaluation in Public Health Practice », *American Journal of Public Health*, *op. cit.*

10. L'examen et le traitement choisis peuvent être appropriés à la réalisation des objectifs de dépistage et de guérison de la maladie, mais si l'information ne rejoint pas les femmes les plus susceptibles d'être atteintes, le programme dans son ensemble connaît un échec ou un succès mitigé.

11. Nous avons indiqué que le processus d'évaluation procède des objectifs inférieurs, par exemple, le traitement appliqué, en remontant vers le but du programme, à savoir : diminuer le taux de décès par cancer du col utérin. Au niveau de l'objectif immédiat, l'évaluation technique vérifie si les interventions ont été effectuées dans les cas indiqués, si le diagnostic est valide selon les méthodes scientifiques admises par les normes, si l'intervention se compare aux normes établies, etc. Reste cependant à savoir si le traitement, même accompli à la perfection, retarde effectivement l'évolution de la maladie. Seule une réponse affirmative à cette question permet logiquement de procéder à l'évaluation technique de l'objectif supérieur dans la hiérarchie, à savoir l'examen de dépistage. À quoi sert-il de réaliser, selon les normes prescrites, un examen de dépistage, si le traitement prévu n'améliore pas la santé des individus ? Il n'existe que deux moyens de progresser vers l'évaluation d'un objectif de niveau supérieur. La première façon consiste à accepter l'hypothèse que le traitement affecte favorablement le cours de la maladie. Le deuxième moyen est l'évaluation de type recherche qui démontre la relation de cause à effet entre le traitement et le changement dans l'évolution de la maladie et qui transforme ainsi l'hypothèse en un fait avéré.

12. Un système d'évaluation efficace prévoit une série de projets de démonstration afin de confirmer les hypothèses essentielles dans l'élaboration des programmes de soins. En médecine, comme dans plusieurs autres domaines, on a dépensé beaucoup d'argent et d'efforts dans des programmes qui se sont révélés inutiles ou même nuisibles lorsqu'on a finalement utilisé ce type d'évaluation. Il n'est pas toujours possible, cependant, de vérifier chaque hypothèse permettant de changer l'ordre des objectifs. Les experts et les professionnels de la santé assument alors la responsabilité de décider s'ils retiennent les hypothèses nécessaires avec un minimum de confiance. Il faut se rappeler, au niveau de l'évaluation et des décisions, que la démarche est plus risquée et qu'elle repose sur des hypothèses et non sur des faits avérés.

II. — LE MODÈLE AXÉ SUR LE RÉGIME

13. Sans contester la valeur fondamentale du modèle d'évaluation orienté uniquement sur les objectifs, certains auteurs¹ soulignent sa faiblesse dans les relations avec les régimes de la santé : l'application des résultats de l'évaluation et l'influence de celle-ci sur le régime restent incertaines. Trop souvent la relation intime entre l'évaluateur et l'administrateur risque de cesser au moment même où se ferme le circuit du processus d'évaluation, en modifiant les buts et les objectifs en fonction des résultats de l'évaluation.

14. La principale cause de cette imperfection du modèle axé sur les objectifs tient à ce qu'elle considère d'une façon trop limitée l'organisation des soins ou du régime. En effet, le modèle admet implicitement qu'une série d'objectifs spécifiques soient évalués et modifiés indépendamment des autres objectifs ou de l'ensemble des objectifs poursuivis par l'organisation des soins ou par le régime. On juge cette façon de voir artificielle et même fausse. En effet, dans le domaine de l'organisation, les experts sont de plus en plus unanimes à reconnaître que les objectifs de l'organisation sont si intimement liés les uns aux autres qu'un changement dans une série d'objectifs entraîne des modifications dans d'autres groupes d'objectifs ou que ceux-ci peuvent limiter le changement désiré².

15. Par exemple, un CCS fait face à plusieurs tâches en même temps : soutien et contrôle au niveau des soins généraux, traitement des malades en milieu hospitalier, formation des médecins et des autres effectifs, enseignement continu, participation à la planification et à la recherche, etc. Or, les administrateurs du CCS utilisent une quantité limitée de ressources au plus grand avantage possible de la communauté. Mais parce qu'il en est ainsi au départ, on ne peut réaliser le maximum dans chaque domaine d'activité. Le choix et la poursuite des objectifs visent à une répartition optimale des ressources entre les secteurs d'activité et à l'intérieur même de chaque secteur. Ainsi, la poursuite de certains objectifs peut être suspendue, ralentie ou limitée à cause d'un manque de personnel compétent ou d'appareils nécessaires. Ou encore, la décision de mettre l'accent sur un ensemble d'objectifs a comme conséquence de détourner certaines

¹ Herbert C. Schulberg et Frank Baker : « Program Evaluation Models and the Implementation of Research Finding », *American Journal of Public Health*, juillet 1968, vol. 58, No 7, pp. 1248-1255.

² Amitai Etzioni : « Two Approaches to Organizational Analysis : A Critique and a Suggestion », *Administrative Science Quarterly*, 1969, vol. 5, pp. 257-278. A. K. Rice : *The Enterprise and its Environment*, Tavistock Publications, Londres, 1963 et Cyril Sofer : *The Organization from Within*, Tavistock Publications, Londres, 1961.

ressources employées vers un autre domaine d'activité du CCS, ce qui entraîne des modifications dans une autre série d'objectifs.

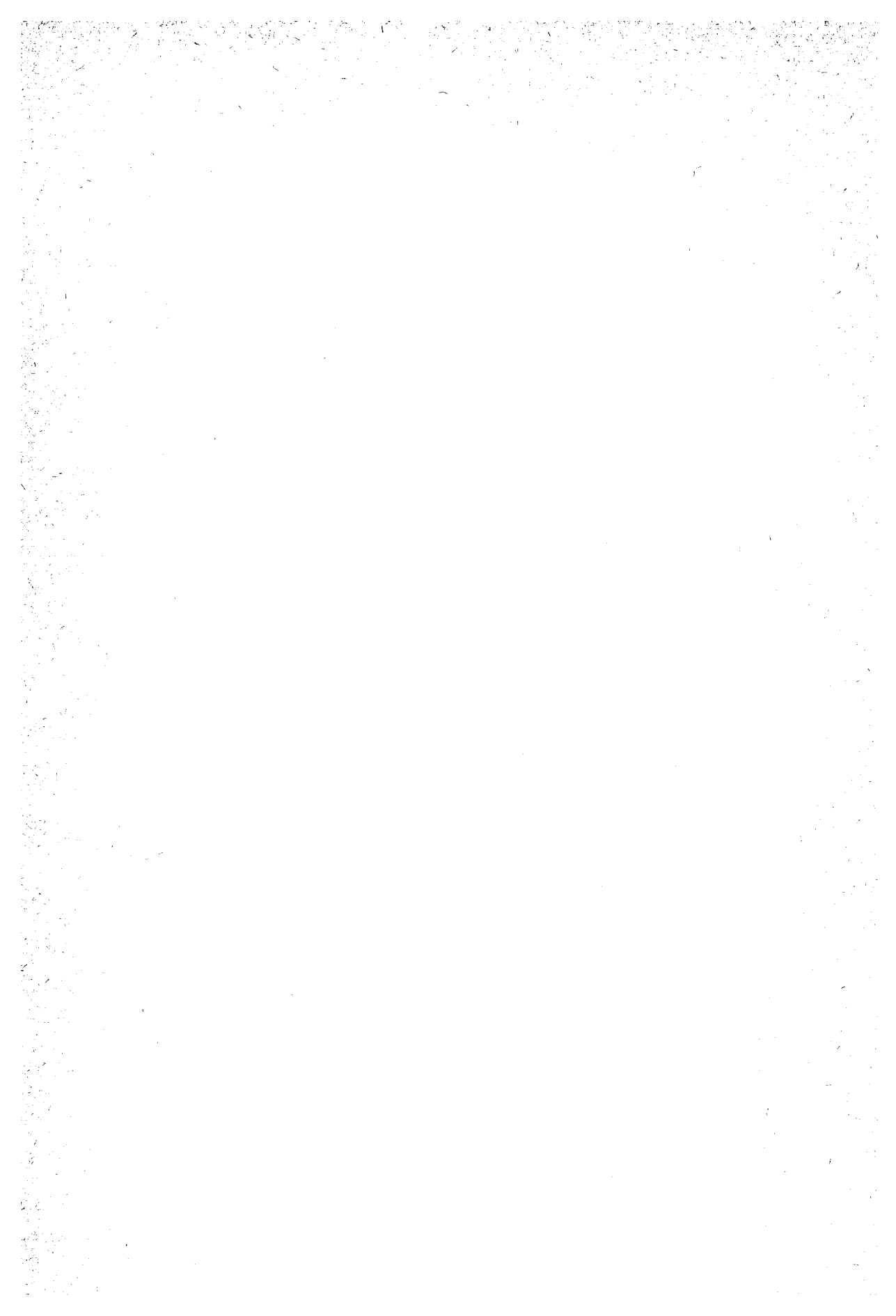
16. Le moyen de compléter le modèle d'évaluation consiste, selon Etzioni, à l'incorporer complètement au régime de la santé. Ainsi, au lieu d'étudier uniquement un but ou un ensemble d'objectifs, le modèle d'évaluation épouse l'entité multidimensionnelle que représente le régime même de la santé. Du point de vue de l'évaluation, la principale différence introduite consiste à reconnaître quatre caractéristiques essentielles au régime de la santé :

- 1° la poursuite de buts et d'objectifs (tels que les décrit le modèle de James) ;
- 2° la coordination efficace des unités du régime (CLS, CCS et centres régionaux) de même que des sous-unités à l'intérieur de chaque niveau de soins ;
- 3° l'acquisition et la conservation des ressources nécessaires ;
- 4° l'adaptation du régime au milieu externe et à ses exigences internes, selon le concept d'un système ouvert ¹.

¹ Herbert C. Schulberg et Frank Baker : « Program Evaluation Models and the Implementation of Research Finding », *op. cit.*

Appendice IX.2

Nature de l'information nécessaire dans le secteur de la santé



Nature de l'information nécessaire dans le secteur de la santé

I. — ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Afin d'apprécier l'état de santé de la population de l'ensemble du Québec, d'une région ou encore d'une zone desservie par un CCS, au moyen d'indices globaux ou spécifiques, il faut posséder les données de base relatives

- aux caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population;
- à l'incidence et à la prévalence des maladies et des accidents;
- à l'importance quantitative et qualitative des invalidités;
- à la mortalité générale par catégories de maladies.

II. — FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME

A. — CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES ÉTABLISSEMENTS (CCS, CLS ET AUTRES)

- Statut légal et propriété;
- Agrément et affiliation en vue de la distribution des soins et de l'enseignement;
- Relations avec les autres établissements selon les niveaux de soins (généraux, spécialisés et ultraspécialisés) et avec d'autres établissements d'enseignement, de bien-être, etc.;
- Relations avec l'ORS;
- Dimension, emplacements, installations;
- Valeur économique et dépréciation.

B. — ADMINISTRATION

- Conseil d'administration : composition et activité;

- Administrateurs : qualités et titres, et statut dans les établissements ;

C. — PERSONNEL

- Nombre, qualifications ;
- Caractéristiques socio-démographiques ;
- Heures de travail, salaires ;
- Taux de remplacement ;
- Volume de travail (ex. : nombre de malades, de visites, soins donnés) ;
- Rapports entre les catégories de personnel dans chaque établissement.

D. — ORGANISATION DES SOINS

- Types et organisation des services et des unités ;
- Nombre d'heures de fonctionnement des unités de distribution ;
- Dépistage des maladies selon les caractéristiques de la population et les catégories de diagnostic : mesures courantes, spécifiques, de surveillance ;
- Activité de diagnostic : types de méthodes par catégories de malades, examens par unité de population, méthodes de validation des diagnostics ;
- Traitement (compte tenu du stade évolutif des maladies) : soins préventifs et curatifs, soins de réadaptation ; utilisation des médicaments selon les types de médicaments et les catégories de maladies, de même que par unité de population ; utilisation des différentes méthodes chirurgicales et des techniques spéciales de traitement comme la diététique, la physiothérapie, l'ergothérapie, etc. ;
- Nombre de personnes traitées aux différentes unités de soins, nombre et durée des épisodes de soins, consultations.

III. — EXTRANTS DU RÉGIME

- Taux de mortalité, de morbidité et d'invalidité;
- Incidence de certaines maladies et de complications qu'il est possible de prévenir;
- Stade évolutif des maladies au moment du diagnostic;
- Taux de survie à compter du diagnostic;
- Taux de mortalité périnatale et de mortalité infantile;
- Mortalité et morbidité maternelles.

Appendice IX.3

Méthodologie de l'évaluation

Méthodologie de l'évaluation

I. — L'UNITÉ DE BASE

1. Le choix de l'unité de base, pour la collecte des données aux différents niveaux du système, est d'une importance capitale dans le processus d'évaluation. Car cette unité détermine la valeur du dénominateur nécessaire au calcul des différents taux utilisés dans l'évaluation. Dans le système actuel, on retrouve plusieurs unités : nombre d'admissions à l'hôpital, de visites, d'unités de laboratoire et de radiologie. Cependant, il est impossible de connaître le nombre de personnes qui ont consulté le médecin ou qui ont été admises à l'hôpital et, par conséquent, d'obtenir un dénominateur valable exprimé par rapport à la population desservie ou exposée à un risque particulier (ex. : maladies, suites postopératoires).

2. Le seule unité de base logique pour un système d'information sanitaire est encore l'individu. L'organisation du régime de la santé proposé par la Commission permet de déterminer la population générale de chaque région, de chaque CCS et même de chaque CLS. Il faut par la suite compter les personnes qui fréquentent les différents établissements de soins du régime, car si l'on ne compile que les soins distribués, toute analyse scientifique du fonctionnement et des effets du régime de la santé devient impossible, parce qu'on ne peut relier les soins aux personnes qui les ont reçus.

3. Si l'on dénombre d'abord les individus, la structure du système d'information permet de grouper ceux-ci selon des caractéristiques démographiques et épidémiologiques et de connaître le type et le volume de soins donnés aux différents groupes de population. On peut ainsi savoir quelle proportion de la population reçoit les soins et quelle proportion de consommateurs voient leur état de santé amélioré grâce aux soins reçus.

4. Si, de plus, on groupe au niveau des CLS et des CCS les dossiers individuels par famille, on analyse les différences dans les taux d'utilisation et dans les effets obtenus en rapport avec la situation familiale et le milieu des malades.

5. Lorsqu'on recueille et conserve les données selon un système d'information dont l'individu est l'unité de base, il est relativement facile de traiter l'information de façon à en tirer les renseignements spécifiques ou même à utiliser d'autres dénominateurs que l'individu

pour des rapports ou des études particulières. Il est par contre beaucoup plus difficile, et souvent impossible, de retenir le nombre d'individus comme dénominateur si les unités de base du système d'information sont les établissements ou les types de soins donnés. Cette proposition n'est pas limitative; elle vise seulement à assurer une plus grande flexibilité au système, de façon à répondre aux demandes variées des différents utilisateurs de données.

6. Enfin, notons qu'on enregistre et classe les données selon le temps (jour, semaine ou mois) où l'on donne les soins et non selon la période de temps où l'on compile les données, ou expédie les comptes. Dans ces derniers cas, on introduit des variations artificielles qui limitent grandement l'utilisation possible des données.

7. Ainsi, il est important de bien choisir non seulement le type d'information recueillie, mais encore la façon d'enregistrer et de traiter l'information. Autrement, l'argent dépensé pour colliger et conserver l'information est une perte quasi totale.

II. — LA REPRÉSENTATIVITÉ DES ÉCHANTILLONNAGES

8. Il est évidemment impossible d'interviewer tous les citoyens du Québec ou de reviser les dossiers de tous les malades qui ont consulté dans un CLS ou un CCS, pendant une année. Même s'il était possible de réaliser une telle tâche, les coûts en seraient énormes. Or, les techniques statistiques d'échantillonnage et d'analyse permettent de généraliser à partir de l'étude de cas précis. Selon le plan suivi pour conduire une enquête ou étudier les dossiers des malades, on calcule, à partir d'un échantillon limité, les effets produits par les soins sur une population-cible bien définie par ses caractéristiques géographiques, démographiques et épidémiologiques. Dans certains cas, le plan d'étude permet d'atteindre des niveaux plus élevés de généralisation, comme la population de toute une région ou de l'ensemble du Québec.

9. En plus de réduire le nombre de cas à étudier, les méthodes statistiques d'échantillonnage permettent d'apprécier les risques d'erreur et les limites de confiance dont on doit tenir compte dans l'analyse des résultats. Le diagramme IX.3.1 illustre sommairement la marche à suivre dans la détermination d'un échantillon aux fins d'évaluation.

III. — LES COMPARAISONS

10. Le diagramme IX.3.1 introduit également la notion d'élément de comparaison sur lequel s'établit le jugement de l'évaluateur. Pour bien saisir l'importance des comparaisons inhérentes au processus d'évaluation, il suffit de se rappeler que l'idéal, pour juger des effets des soins, est que le groupe évalué et le groupe de comparaison soient le même. Cette confrontation ne peut évidemment pas être simultanée. La comparaison des effets obtenus successivement sur le même groupe de personnes pose des problèmes méthodologiques considérables, à cause des changements introduits lors de la première phase du programme ou survenant au cours de la période de temps nécessaire pour parcourir les différentes phases du programme. La seule façon de contourner ces difficultés ou d'annuler leurs effets consiste à comparer des groupes issus de la même population de référence et se ressemblant le plus possible quant à leurs caractéristiques démographiques et épidémiologiques, de sorte qu'on attribue avec sûreté les résultats différents observés à l'action des soins ou à une différence de qualité.

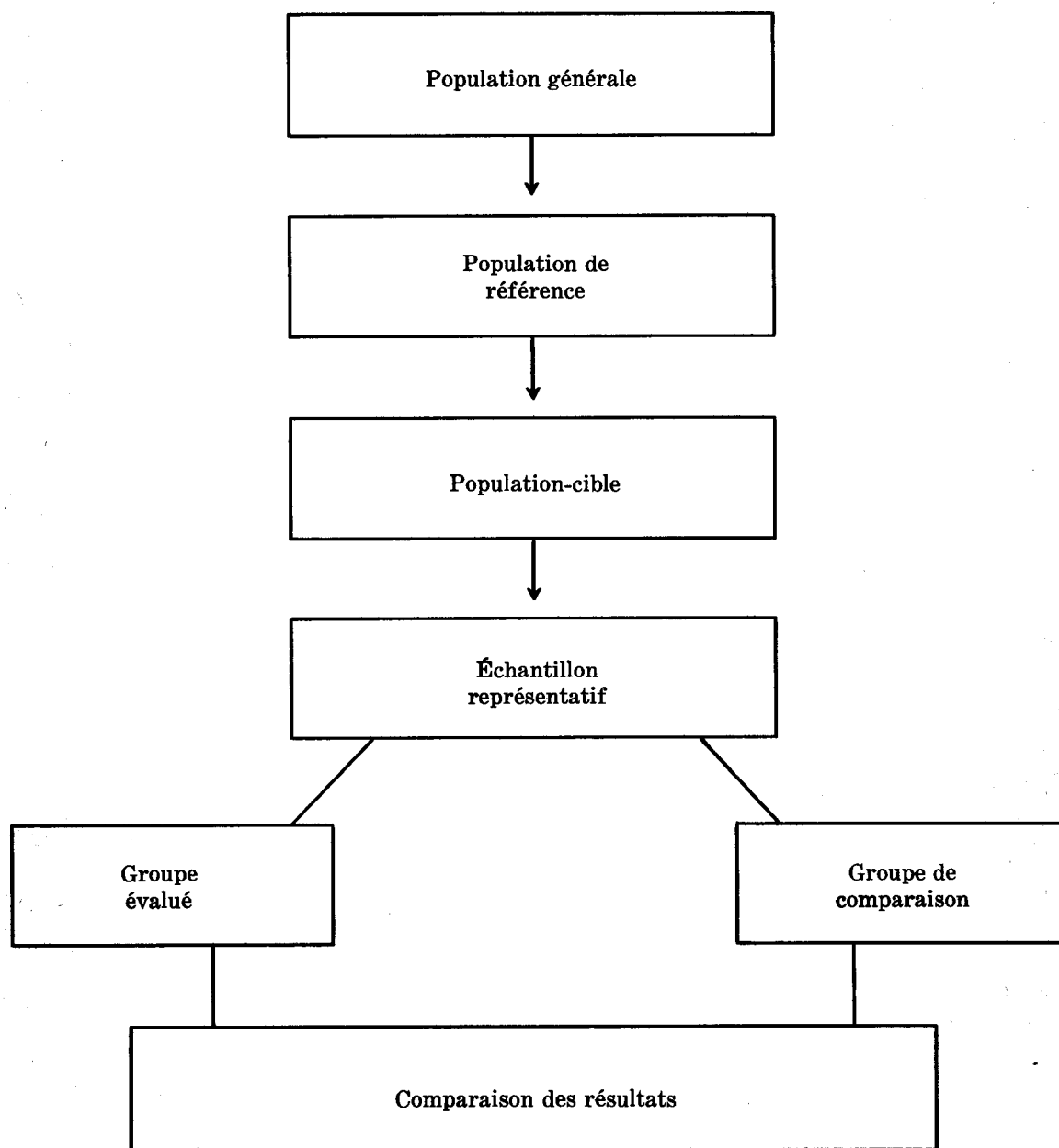
IV. — LES NORMES

11. Comme nous l'avons souligné précédemment, les règles peuvent être soit des objectifs opérationnels, soit des éléments de comparaison à des fins d'évaluation. Leur caractéristique principale réside dans les critères précis qu'elles comportent et en vertu desquels on formule un jugement objectif quant à la qualité des soins. Les critères permettent de classer les actes professionnels comme bons ou mauvais et les résultats comme acceptables ou non. Parfois, des critères suffisamment élaborés permettent un jugement nuancé et pondéré par les circonstances.

12. Selon la façon dont on les établit, on reconnaît deux types de règles : les règles normatives et les règles empiriques. Les premières sont les règles de conduite édictées par les personnes compétentes généralement reconnues par des organismes dont l'autorité est acceptée par force de loi ou de prestige. On doit, le plus souvent possible, démontrer et prouver rigoureusement la valeur des normes. Lorsque la preuve scientifique d'une norme ne peut être faite, il est important de formuler clairement les hypothèses de validité qui la justifient et la relient à l'ensemble des objectifs du régime. Dans tous les cas, on les révisé et les modifie régulièrement selon le progrès des connaissances.

DIAGRAMME IX.3.1

Évaluation : plan d'échantillonnage



13. Les règles empiriques sont celles qui découlent de l'expérience pratique et de l'observation de l'exercice professionnel. Ainsi, les normes de qualité peuvent être le type d'exercice et le niveau de rendement d'un établissement comme le CHU, reconnu pour son excellence et son leadership dans le domaine des soins. Alors que les règles normatives représentent des opinions majoritaires, les règles empiriques reflètent l'exercice professionnel courant.

14. En plus d'être opérationnelles, les règles doivent former un ensemble cohérent et complet, afin que les différents aspects de la qualité soient inclus et soumis à l'évaluation.

15. La valeur des règles d'évaluation est cruciale, car elles marquent la différence entre les efforts actuels d'évaluation et l'évaluation scientifique conduisant à des jugements objectifs. Des normes inexistantes, vagues ou incomplètes obligent les responsables de l'évaluation à partir de jugements de valeur très subjectifs en projetant leurs propres attitudes vis-à-vis des situations concernées.

V. — LA VALIDITÉ ET LA SÛRETÉ DES CRITÈRES

16. La valeur scientifique des normes et de l'évaluation même dépend en grande partie de la précision, de la validité et de la stabilité des critères de définition et d'identification.

17. Poser la question de la validité d'un critère équivaut à se demander si le critère choisi identifie et quantifie ce que l'on veut effectivement identifier et quantifier. D'un point de vue empirique, la validité désigne le degré de prédiction et d'induction possible grâce aux critères. Par exemple, si une norme de qualité comprend des critères de surveillance des malades, exprimée par le nombre de rencontres avec un médecin ou une infirmière ou par une séquence précise d'examens, la validité de ces critères est fonction de la prédiction possible des avantages qui découlent d'un exercice professionnel conforme aux critères. Les responsables de l'évaluation doivent être renseignés sur l'état des connaissances médicales et sociales et à l'affût des découvertes, afin d'utiliser les critères qui mesurent la réalité le plus directement et le plus fidèlement possible.

18. De la stabilité des critères d'identification et de quantification dépend la valeur des comparaisons établies entre deux groupes ou entre la situation observée et les normes. Les responsables de l'évaluation doivent être conscients que le niveau de stabilité des critères

est conditionné par deux facteurs : l'entité évaluée elle-même et l'observateur. Il importe donc de s'assurer que chaque critère identifie la même caractéristique, indépendamment des changements de situation et des changements d'observateurs. Il faut, de plus, vérifier si chaque observateur obtient les mêmes résultats en utilisant successivement les critères dans les mêmes conditions.

Liste des recommandations

La Commission recommande :

- 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 profes-*

sionnelle) 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 administratives 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 souplesse 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.*

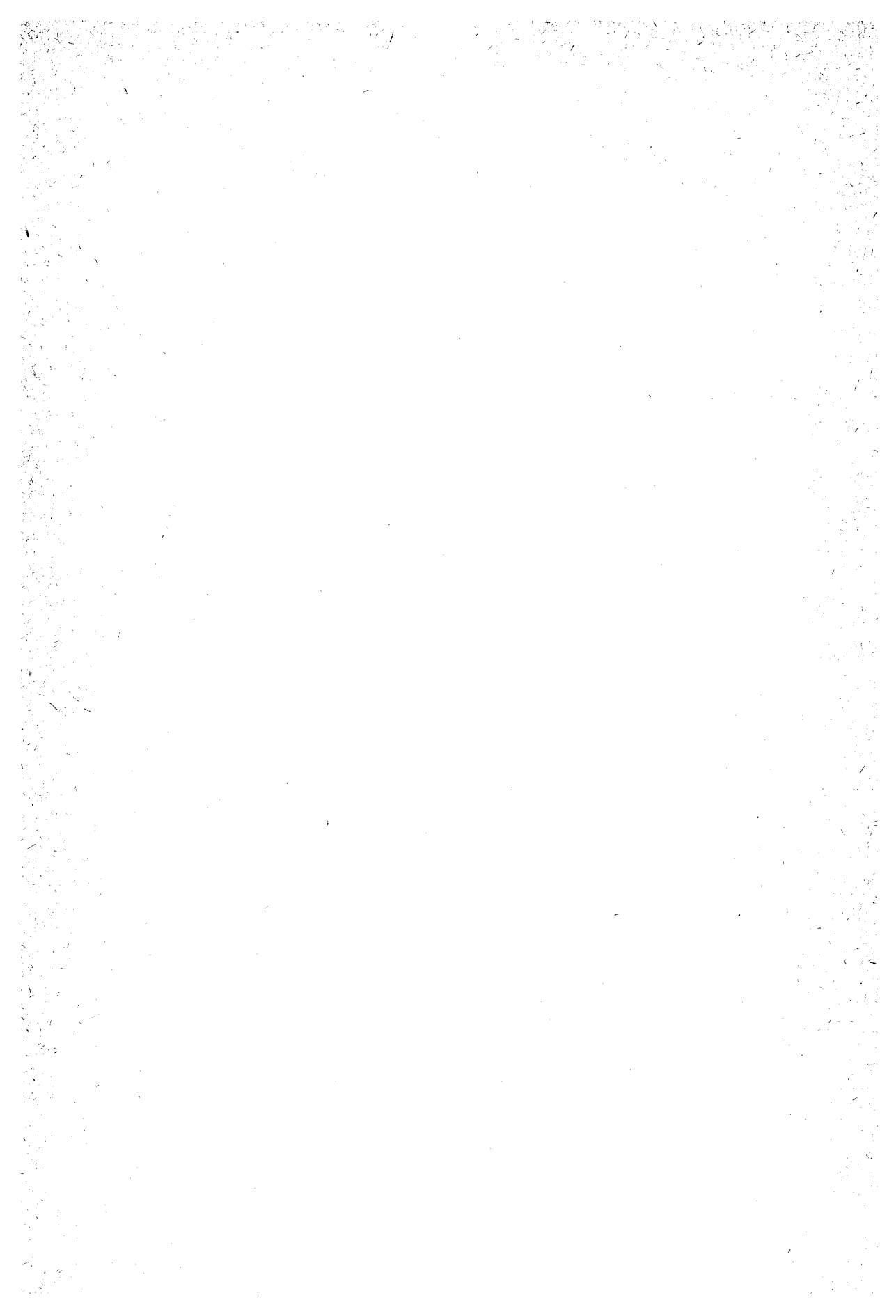
4.IX.179. QUE l'évaluation de chaque programme de soins et de chaque élément du régime de la santé soit conçue et élaborée dès la phase de planification et exécutée en étroite collaboration avec les responsables de l'administration du régime et de la distribution des soins.

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.

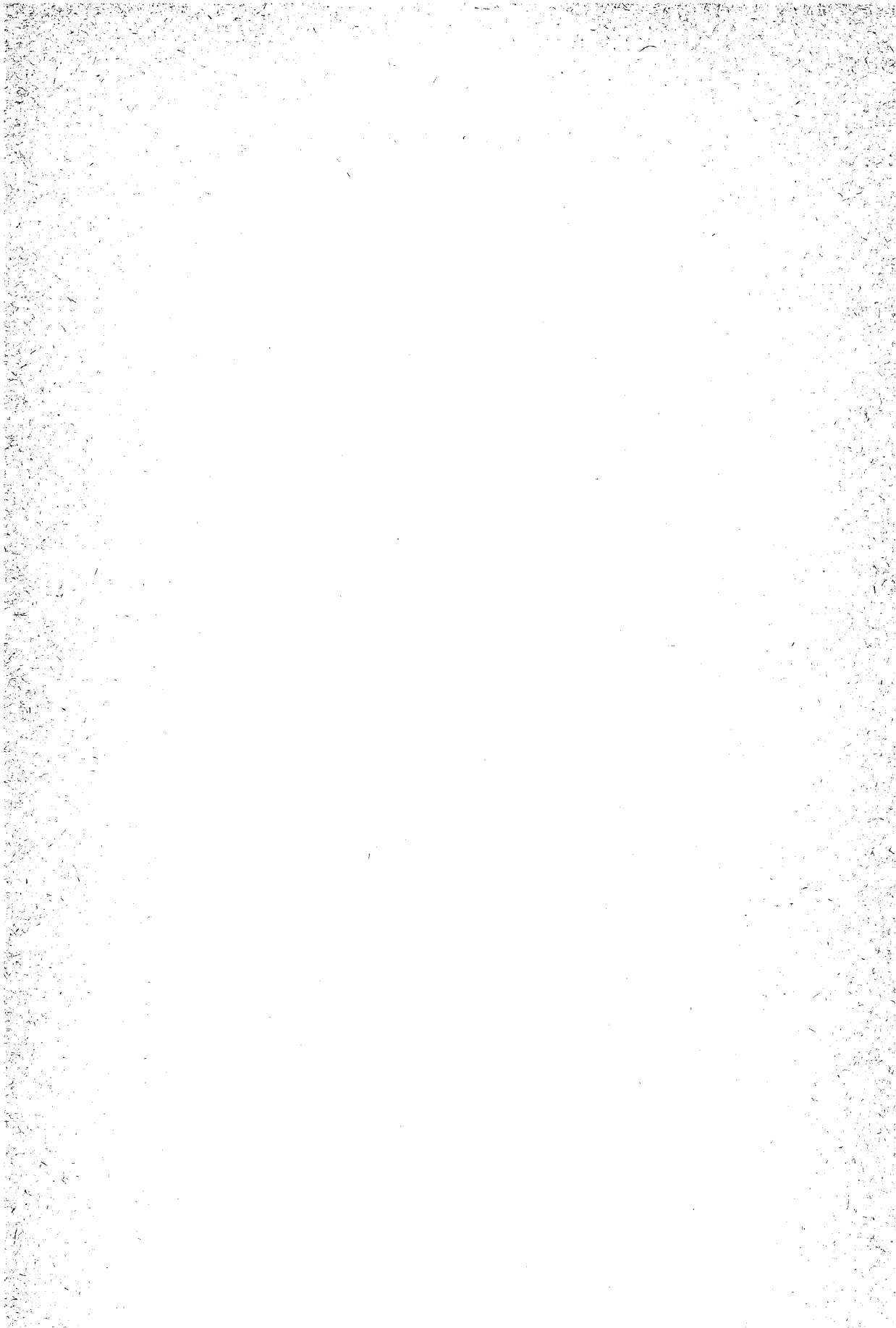


Index des diagrammes et organigrammes

| <i>Diagramme</i> | <i>Page</i> |
|---|-------------|
| 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 |
|--|-----|



Index des tableaux

| <i>Tableau</i> | | <i>Page</i> |
|----------------|---|-------------|
| 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 |
| 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 |

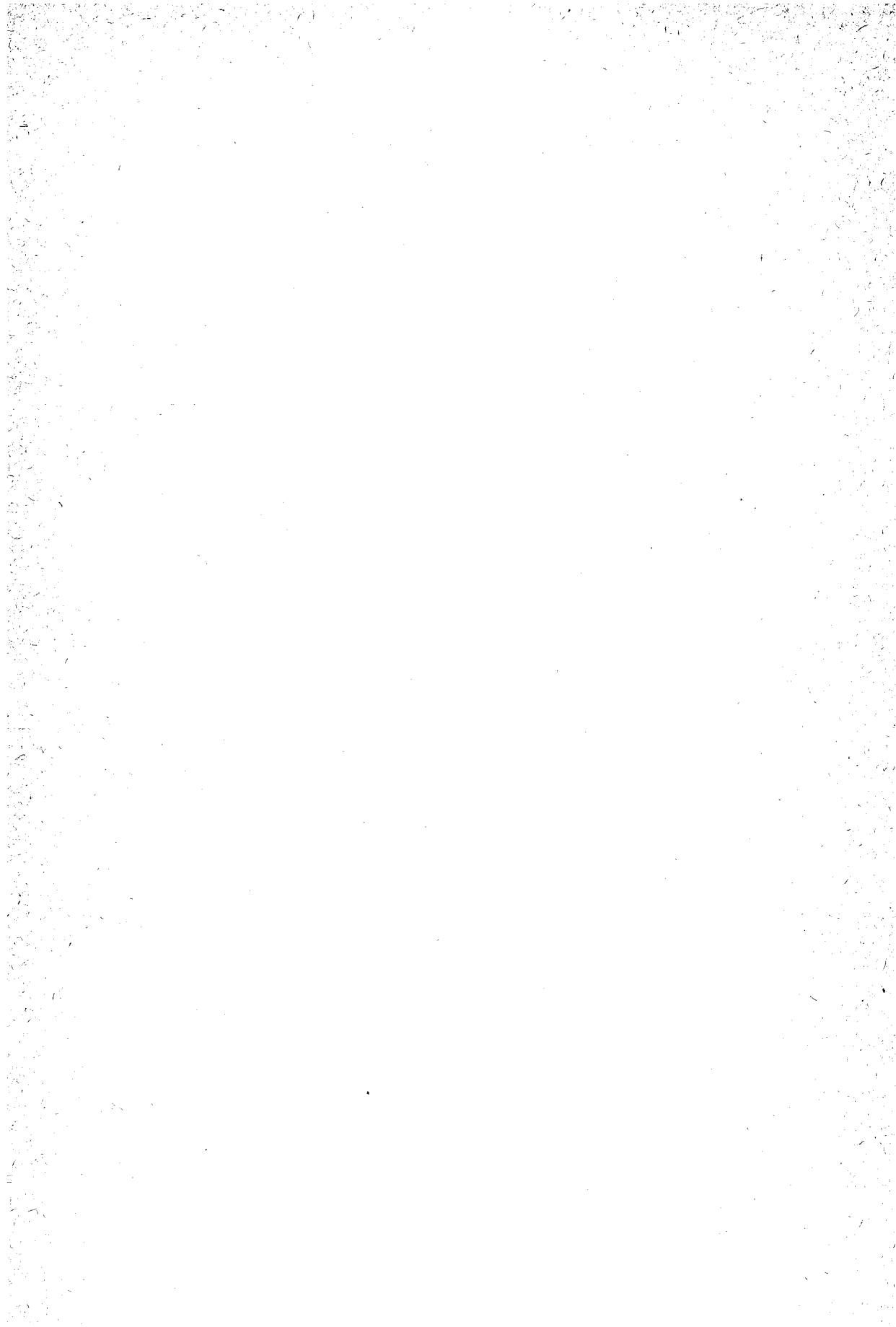


Table des matières

| | <i>Page</i> |
|---|-------------|
| Sigles | 7 |
| 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 |

| | <i>Page</i> |
|--|-------------|
| 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 |
| 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 |

| | <i>Page</i> |
|--|-------------|
| 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 |
| 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 |
| 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 |

| | <i>Page</i> |
|---|-------------|
| 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 |
| 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 |
| | 197 |

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 |

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

RAPPORT

| | | |
|-----------------|------------------------------------|---|
| VOL. I | L'ASSURANCE-MALADIE | TROISIÈME PARTIE |
| VOL. II | LES MÉDECINS INTERNES ET RÉSIDENTS | VOL. V LA SÉCURITÉ DU REVENU |
| PREMIÈRE PARTIE | | QUATRIÈME PARTIE |
| VOL. III | LE DÉVELOPPEMENT | VOL. VI LES SERVICES SOCIAUX |
| DEUXIÈME PARTIE | | CINQUIÈME PARTIE |
| VOL. IV | LA SANTÉ | 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