

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

VOLUME IV

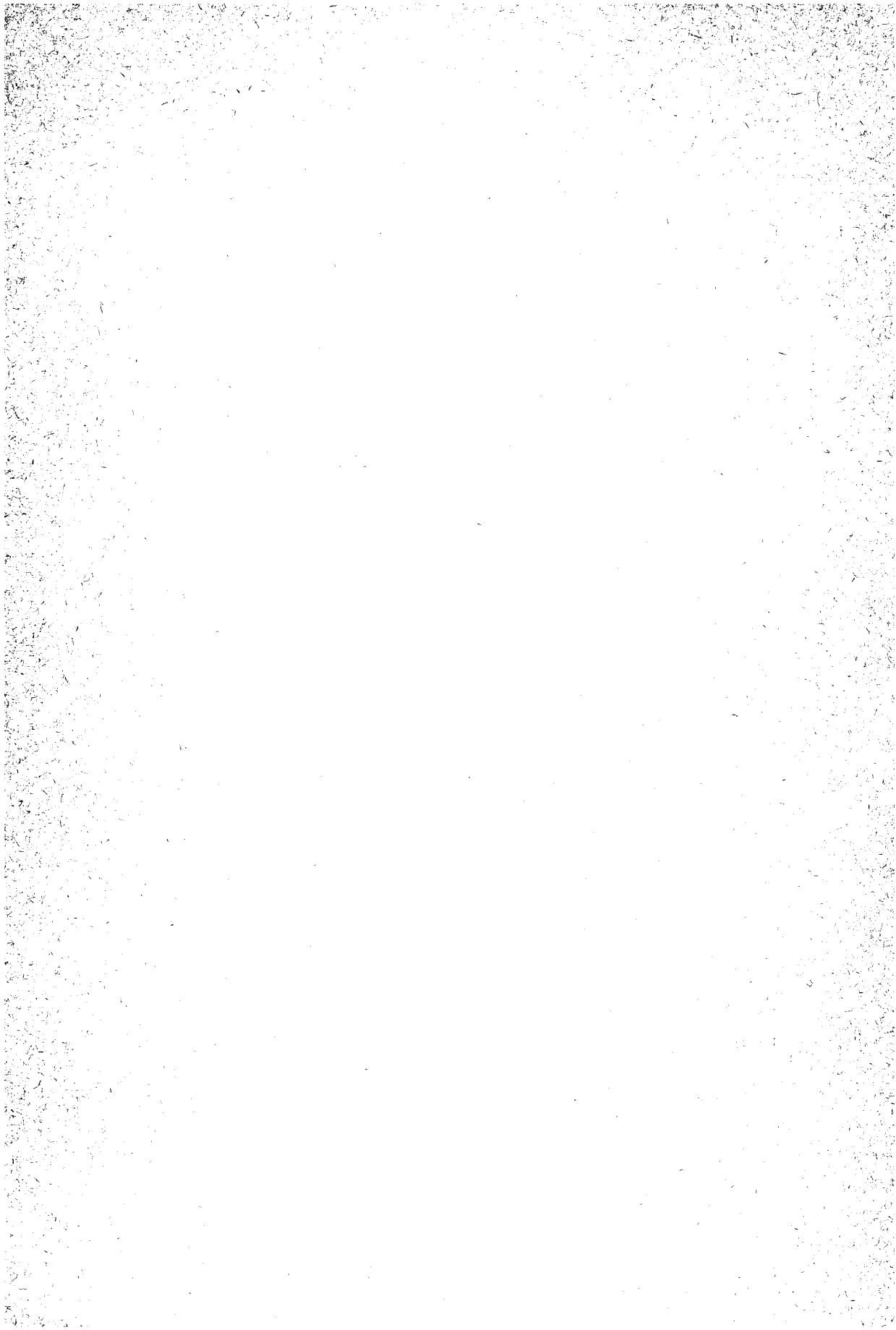
# LA SANTÉ

TOME II  
TITRE DEUXIÈME  
LE RÉGIME DE LA SANTÉ

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

DEUXIÈME PARTIE

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC/1970



**VOLUME IV**

# **LA SANTÉ**

**TOME II  
TITRE DEUXIÈME  
LE RÉGIME DE LA SANTÉ**

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

**DEUXIÈME PARTIE**

**GOVERNEMENT DU QUÉBEC/1970**

H1106

A29

S2

967-72

4,2

EX.2

DL

Magasin

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

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

*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)

<sup>1</sup> A été nommé membre et président de la Commission le 1<sup>er</sup> avril 1970.

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

<sup>3</sup> A démissionné le 16 mars 1970.

<sup>4</sup> A été nommé membre le 21 décembre 1967.

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

<sup>6</sup> A été nommé secrétaire le 7 avril 1970.

## **Sigles**

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





## **Titre deuxième**

# **Le régime de la santé**

## **Première partie**

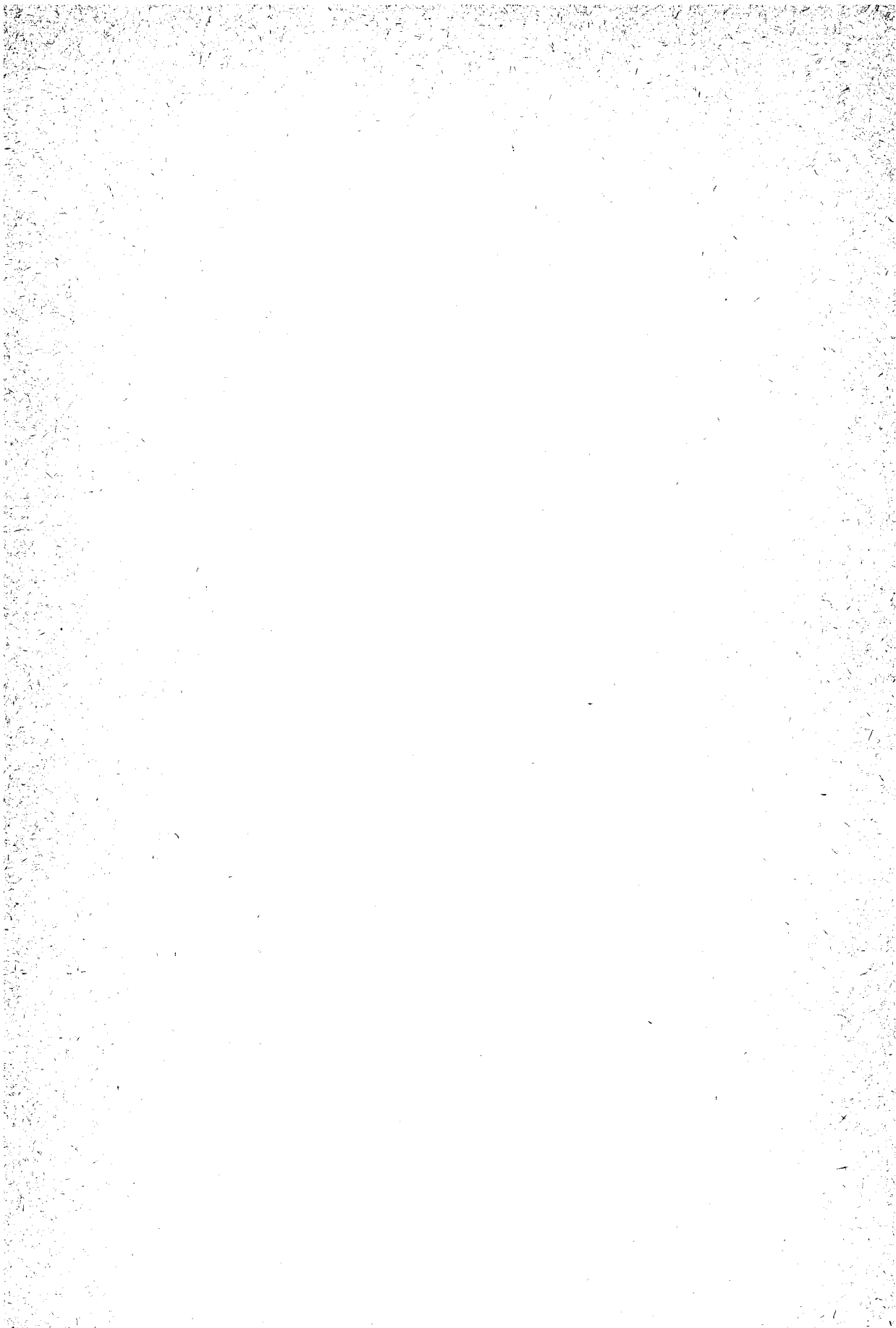
Ce titre présente les grands traits du régime de la santé proposé par la Commission. Il s'articule autour de six questions fondamentales qui font chacune l'objet d'un chapitre distinct. Le présent tome en étudie les trois premières.

Le premier chapitre (chapitre IV) propose une politique de la santé pour le Québec qui constitue la clef de voûte de tout le régime de la santé. Cette politique a pour objectifs généraux d'améliorer l'état de santé de la population par l'instauration d'une médecine globale basée sur la personne et d'assainir le milieu où vit cette population, et pour objectif particulier d'établir un régime de la santé d'accès universel, acceptable à la population et qui offre des soins de qualité et efficaces.

Le second chapitre (chapitre V) présente le contenu fondamental du régime de la santé groupé autour de trois idées : l'identification de niveaux de soins, l'établissement de centres de santé et la création de régions sanitaires.

Le troisième chapitre (chapitre VI) précise l'organisation et les modalités de fonctionnement des divers établissements et organismes du régime, et explique les relations fonctionnelles de ces organismes entre eux.

Le tome suivant complète notre étude du régime en traitant des modes et des méthodes de financement, de la gestion des centres de santé, et des mécanismes d'évaluation de la qualité des soins et de l'efficacité du régime.



# **IV**

---

## **Une politique de la santé**



# Une politique de la santé

## INTRODUCTION

474. Dans un autre volume de ce rapport, nous avons établi que la société doit avant tout procurer à l'homme les conditions sociales les plus favorables à son épanouissement dans les diverses formes de son activité<sup>1</sup>.

475. En abordant le chapitre d'une politique de la santé, il nous apparaît utile de rappeler cet objectif primordial dont la santé, tout autant que l'éducation, les loisirs, la sécurité du revenu, le travail, le logement ou les services sociaux, est essentiellement tributaire.

476. Par développement, nous entendons un développement fondé sur une conception à la fois globale et qualitative de l'homme en société et visant au plein épanouissement de chacun des citoyens. Toutefois, un tel épanouissement reste soumis aux aléas de la croissance économique régulière, et plus encore à ceux de la juste répartition des biens de production.

477. La société québécoise ne maîtrise pas tous les instruments nécessaires à sa croissance et laisse subsister de fortes disparités régionales et sociales. Pourtant, si elle doit briser la barrière que constitue l'inégalité des risques, elle doit, avec une égale ténacité, atteindre non seulement des objectifs de bien-être, mais encore des avantages sociaux, culturels et spirituels; ainsi elle touche les fins mêmes d'une politique de développement, en donnant à l'homme les outils de son épanouissement.

478. On fonde généralement cette politique sur les droits civils, politiques et sociaux, c'est-à-dire sur les droits à l'éducation, au travail, à l'habitation, à une sécurité économique de base, aux loisirs et à la santé. La définition concrète et univoque de ces droits s'établit en association avec l'ensemble des groupes sociaux et ne doit pas être laissée à la seule discrétion des classes dirigeantes traditionnelles. Elle garantit l'accès universel aux services, sans discrimination de classe, de race, de religion ou de capacité financière et sans pour autant négliger le rendement et l'efficacité.

---

<sup>1</sup> Voir le volume III de notre rapport, *Le développement*.

479. Considérée ainsi dans une perspective de développement social, la santé contribue fondamentalement au mieux-être de l'individu. Elle est le facteur premier d'épanouissement personnel puisque, privé de santé, l'individu n'est pas en pleine possession de ses moyens; la santé devient donc une exigence sociale. L'équilibre du corps social est, en effet, assuré pour une bonne part par l'intégrité physique et psychique de ses éléments et son développement dépend largement de la qualité des ressources humaines individuelles; la faible productivité des populations sous-alimentées des pays en voie de développement n'en fournit-elle pas la meilleure des preuves ?

480. Aussi, et nous ne saurions trop insister, devons-nous mettre l'accent, non pas tant sur l'action thérapeutique que sur le rendement social du régime de la santé, comme condition essentielle de son bon fonctionnement.

## **I. — OBJECTIFS GÉNÉRAUX**

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

### **A. — AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION**

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

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

484. Cette poursuite ne peut ignorer les contraintes d'ordre financier ou économique. Même si cette réorganisation selon les orienta-

tions proposées n'entraîne pas des dépenses considérables par rapport aux investissements impressionnants du Québec pour la santé, nos possibilités financières régleront le rythme d'application des mesures préconisées. Dans la conclusion de notre rapport intitulée : « Les priorités », nous esquissons les principaux éléments d'une politique d'exécution.

485. De plus, bien qu'il soit essentiel de réorganiser le système actuel, et nécessaire d'y engager les enseignements du progrès dans les sciences de la santé et du développement de la technologie, il faut compter sur les ressources humaines disponibles; comme elles sont actuellement mal réparties sur le territoire, en nombre insuffisant dans certaines disciplines ou, encore, souvent mal utilisées ou mal préparées aux nouvelles tâches du régime de la santé proposé, il faudra, pour chacun de ces aspects, donner priorité aux besoins les plus pressants sans pourtant brûler certaines étapes essentielles.

#### 1. — UNE MÉDECINE GLOBALE

486. La recherche de formules réalistes propres à améliorer l'état de santé, compte tenu de la tendance à la spécialisation médicale, oblige la grande majorité des chercheurs à se rallier au concept de médecine globale. Cette expression, dont l'équivalent anglo-américain est le *comprehensive health care*, correspond à une notion très large, comme en témoignent les définitions fournies par les auteurs et les commissions d'enquête qui ont étudié le problème de l'organisation et de la distribution des soins.

487. Suivant cette conception, il faut grouper les soins préventifs, le traitement des maladies aiguës, physiques ou mentales, la réadaptation, y compris la réintégration dans le milieu de travail ou le milieu social en général.

488. Par la plus large intégration fonctionnelle des soins, le régime contribuera à la revalorisation des secteurs trop négligés jusqu'à maintenant; le régime comprendra, notamment, la médecine scolaire, la médecine sportive, la médecine industrielle, l'éducation et l'information sanitaires, la vaccination préventive, les soins généraux, les soins aux convalescents et les soins de réadaptation.

489. Cette intégration met l'accent sur les trois caractéristiques d'une médecine globale : soins complets, continus et personnels.

490. La possibilité pour tout individu d'obtenir la gamme complète des soins, de la prévention à la réadaptation, des aspects socio-économiques aux aspects purement médicaux, de même que leur con-

tinuité tout au long de la vie, peu importe l'endroit où il se trouve — à domicile, au travail, ou dans un établissement — apparaît comme le fondement nécessaire à une médecine globale. Dans tous les cas et de quelque manière qu'on l'envisage, ces transformations entraînent la mise au ban du morcellement actuel des services de santé<sup>1</sup>.

## 2. — UNE MÉDECINE AXÉE SUR LA PERSONNE

491. La nature même des problèmes de la santé et la menace de la maladie sur le développement et l'équilibre de la personne plaident en faveur d'une relation humaine basée sur la confiance et la compréhension mutuelles entre le client et les établissements, entre les personnes à soigner et le personnel à leur service.

492. Comme les progrès de la spécialisation et de la technologie rendront toujours plus complexe le domaine de la santé, la personne et la famille, plus qu'au début du siècle, exigent d'un homme (médecin ou autre) qu'il soit facilement accessible, qu'il connaisse parfaitement les possibilités et les exigences techniques des différents modes de soins et qu'il puisse faire profiter au maximum ses malades des ressources disponibles. Comme on offre de plus en plus un service personnel d'investissements financiers ou d'organisation de voyage, il nous semble encore plus important que ce type de service concerne la santé même de l'individu.

493. D'autre part, on reconnaît de même l'importance des facteurs socio-économiques dans les troubles mentaux et les désordres organiques. Il devient donc important, au moment d'établir un diagnostic et de prescrire un traitement, d'étudier les problèmes de façon globale, à la lumière du milieu familial, professionnel et social de chaque individu. Cette rencontre entre une personne et le professionnel de la santé ne sert pas uniquement à identifier une maladie ou à traiter des organes, mais tend plutôt à maintenir ou à restaurer l'équilibre psychologique et organique de l'individu affecté parfois par le milieu. On devra donc concevoir et organiser le régime de la santé de telle sorte que le malade ait accès à la gamme complète des soins au moment nécessaire, et qu'il reste en contact avec son propre médecin.

---

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



## B. — AMÉLIORER L'ÉTAT DU MILIEU

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

495. L'idée même d'un contrôle du milieu à des fins sanitaires n'est pas nouvelle, comme le montrent les mesures traditionnelles de prévention et d'hygiène publique. Toutefois, nous nous préoccupons aujourd'hui de la pollution du milieu biophysique : pollution de l'air, pollution de l'eau, pollution du sol par les produits chimiques agricoles, radioactivité. Pourtant, la crise du logement menace très gravement la santé et l'équilibre psychique et mental des familles que les conditions de vie contraignent à vivre dans des taudis.

496. On admet que l'homme peut contrôler ou modifier presque tous les facteurs exogènes du milieu physique et biologique. La science et la technologie forgent les armes de cette lutte. Il apparaît aussi que les difficultés d'adaptation au milieu humain disparaissent grâce à l'accroissement du niveau de vie, à la modernisation de l'habitat, à l'équipement sanitaire et à l'aménagement du territoire. Toutefois, cette transformation ne répond pas, en général, à un besoin direct et immédiat des individus. Elle nécessite une prise de conscience et un effort collectifs considérables qui, même dans une société d'opulence, incitent l'homme, souvent lent et amorphe, à se libérer des contraintes écologiques.

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

## **II. — OBJECTIFS PARTICULIERS**

498. Si l'on veut atteindre les objectifs généraux énoncés précédemment, il faut sans retard établir au Québec un régime de la santé accessible à tous, qui offre des soins de qualité et qui, sans négliger l'efficacité, respecte la personne humaine.

### **A. — L'ACCÈS UNIVERSEL AUX SOINS**

499. Nous sommes encore loin de faciliter l'accès universel aux soins complets. Les soins sont encore déniés à ceux qui habitent des régions mal desservies en installations sanitaires ou en personnel, qui ont des ressources pécuniaires limitées ou qui, tout simplement, ignorent les mesures les plus élémentaires d'hygiène, faute d'éducation sanitaire.

500. Aussi, est-il essentiel que tous les Québécois disposent de soins complets en tout temps, selon l'urgence et le besoin, compte tenu de la distance. Cet accès inconditionné ne doit pas empêcher l'organisation du régime et l'éducation de la population de tendre à une utilisation rationnelle des soins. Toutefois, la nature même de la maladie physique ou mentale, les accidents si fréquents et les complications médicales si imprévisibles requièrent de toute nécessité, autant pour le médecin que pour le malade, des soins immédiats.

501. Dans la recherche de solutions à ce problème matériel d'accès aux soins, on peut imaginer bien des formules qui tiennent compte de la nature du territoire québécois : d'abord, situer les établissements au lieu géographique des densités de population, selon le niveau de soins, ensuite, améliorer les moyens de transport sanitaires afin qu'ils puissent, en tout temps, en toutes saisons et en tous lieux au Québec, mettre à la portée du malade le type de soins requis.

502. Quant aux obstacles d'ordre financier, qui empêchent les gens d'y recourir, l'assurance-maladie les éliminera pratiquement tous, surtout lorsqu'elle couvrira tous les types de soins. Néanmoins, il est nécessaire de prendre des mesures complémentaires pour garantir le paiement de tous les autres frais occasionnés par la maladie. Il est de plus nécessaire de bien coordonner l'assurance-maladie avec les mesures générales de sécurité du revenu, compte tenu évidemment des autres priorités de la société québécoise et de ses ressources humaines et financières forcément limitées.

503. Ici, nous signalerons des obstacles d'ordre socio-économique qui peuvent restreindre l'accès aux soins.

504. En effet, les meilleures conditions matérielles et financières ne garantissent pas à elles seules l'accès aux soins, et c'est une grave erreur de croire que tous y recourront. Il faut donc renseigner la population sur les types de soins disponibles et sur l'importance de s'en prévaloir en temps utile.

505. Cet aspect social de l'accès aux soins requiert beaucoup plus qu'une simple publicité. Il faut que les pouvoirs publics et les professionnels de la santé reconnaissent l'importance pour les individus et les collectivités de modifier leur attitude vis-à-vis des problèmes de santé. Inculquer à la population des habitudes de vie saines et rendre les individus conscients, par des mesures appropriées d'éducation sanitaire, que leur santé, comme celle des autres, constitue une de leurs premières responsabilités, voilà certes une condition fondamentale d'accès aux soins et de rendement social d'un régime de la santé.

506. Il va sans dire toutefois que les seules mesures d'information et d'éducation sanitaires ne peuvent résoudre le problème social de l'accès aux soins. On doit concevoir le régime de la santé de façon à rejoindre et prendre en charge tous les Québécois, quels que soient leur lieu de résidence et leurs conditions socio-économiques.

## **B. — LE RESPECT DE LA PERSONNE**

507. La disponibilité des soins et l'élimination des obstacles d'ordre financier, géographique, psychologique et sociologique sont des conditions essentielles pour bâtir un régime de la santé ouvert à tous, et pour combler le fossé actuel entre les innombrables possibilités des sciences de la santé et des autres sciences et les besoins réels de la population. Mais le concept de médecine globale que nous proposons comme principal objectif du régime veut en outre que les soins soient continus et distribués sur la base d'une relation personnelle entre le malade et l'agent du régime.

508. Ces principes exigent que la distribution des soins tienne compte de l'individu, de sa psychologie et de l'anxiété qui accompagne ordinairement tout problème de santé. Pour qu'un individu maintienne un contact personnel avec un agent (médecin ou autre) du régime de la santé et collabore de façon positive, il lui faut accepter le mode de communication des agents du régime. Le malade ne doit pas être un matricule, un simple cas pathologique, un objet que le

régime absorbe, manipule et retourne à la société. Les professionnels de la santé doivent avoir pleine conscience des sentiments et des réactions de la personne, pour assurer le succès même de leur travail.

509. Le traitement des malades agit, de façon générale et non seulement en psychiatrie, selon un processus de communication et d'interaction. Le malade doit comprendre et accepter lucidement les objectifs du traitement que lui procure le professionnel de la santé. S'il n'en décèle pas les avantages réels ou en rejette les objectifs, il résiste, au moins passivement, et fait échec aux meilleurs efforts.

510. L'uniformisation des soins et la permanence de leur qualité sans discrimination de race, de langue, d'éducation ou de statut socio-économique minimisent toute velléité de non-coopération des malades. Il n'y a pas de place dans un régime de la santé pour deux qualités de soins. L'effort pour communiquer avec le malade et gagner sa confiance appartient au professionnel de la santé, sans distinction d'éducation, de croyances ou de valeurs sociales.

511. Pour évaluer le régime de la santé, il faut considérer les trois parties en présence qui déterminent son application et, finalement, son efficacité : les pouvoirs publics, qui l'orientent, le normalisent et le financent; les professionnels de la santé, de toutes spécialités et de tous niveaux, qui donnent les soins; et les clients qui les reçoivent.

512. Même si l'État ou ses organismes délégués demeurent en dernière analyse les responsables suprêmes du régime, ses objectifs seront mieux définis et plus conformes aux besoins s'ils sont établis d'un commun accord par les trois parties.

513. Les agents et modalités de participation aux niveaux de la conception, de la planification, de l'organisation et de l'évaluation du régime de la santé feront l'objet de recommandations plus précises dans les chapitres suivants.

514. Pour l'instant, retenons que les liens organiques de participation devront s'établir entre les trois partenaires dans un dialogue constant qui permet de canaliser les progrès des sciences de la santé et des autres sciences et de les adapter à la demande et aux besoins réels de la population, sans négliger les autres secteurs de la vie québécoise.

515. En effet, le régime de la santé ne saurait fonctionner en vase clos et drainer toutes les ressources financières et humaines de notre

société sans devenir inacceptable. Il doit s'intégrer aux objectifs généraux de la société québécoise et accepter que certains objectifs plus importants aient préséance sur ceux qui lui sont propres.

### **C. — LA QUALITÉ DES SOINS**

516. Le régime de la santé doit assurer la distribution des soins de qualité sur les plans scientifique, humain et social. Ce concept de qualité comprend plusieurs aspects, selon les points de vue et les intérêts des groupes en cause. Trois groupes retiennent particulièrement l'attention : les professionnels de la santé, les individus et la société; et tous trois en ont une vision différente.

517. Pour les professionnels de la santé, la qualité est synonyme de soins qui correspondent à des normes généralement acceptées au sein de la profession. Le maintien de ces normes implique une correspondance entre le système d'enseignement et une formation selon les principes d'une médecine globale, assure le renouvellement permanent des connaissances des membres de l'équipe de la santé et favorise l'utilisation rapide des nouvelles connaissances scientifiques dans l'exercice professionnel. Dans cette optique, le développement de la recherche scientifique ainsi que la diffusion rapide des connaissances apparaissent avec raison comme des éléments essentiels au maintien de la qualité. Aussi le régime de santé doit-il permettre la réalisation de ces aspirations légitimes des professionnels de la santé.

518. L'individu qui reçoit les soins a une perception différente de cette qualité : il réclame des soins qui tiennent compte de sa psychologie, de ses anxiétés et de ses besoins. Ainsi la satisfaction et le confort deviennent-ils des éléments importants de la qualité des soins médicaux que le régime de la santé doit assurer.

519. Pour la société, la notion de qualité consiste surtout à évaluer les résultats du régime. La société poursuit comme principal objectif l'amélioration du niveau de vie de ses membres, et implicitement l'amélioration de l'état de santé de la population et du milieu ambiant. Dans cette perspective, la santé devient un concept relatif désignant un état de fonctionnement adéquat de l'organisme humain selon un ensemble de conditions génétiques et écologiques. Le régime doit donc s'efforcer de définir précisément l'état de santé jugé adéquat pour notre société, compte tenu des ressources, en vue de déterminer les normes optimales.

## D. — L'EFFICACITÉ

520. Alors que les ressources financières sont limitées et que les coûts des soins augmentent sans cesse, il faut accroître le rendement du régime de la santé parallèlement à l'amélioration de la qualité. En fonction des objectifs précédents, on augmentera l'efficacité par la poursuite des quatre sous-objectifs suivants : planification de la distribution des soins; intégration entre eux et avec les autres objectifs généraux de la société; coordination à l'intérieur du régime de la santé et avec les autres composantes de la société de développement; et, enfin, évaluation constante.

521. L'unification du présent régime et la mise en œuvre du principe de continuité des soins suivront une double intégration des diverses ressources existantes : d'une part, intégration verticale des niveaux de soins et, d'autre part, intégration horizontale des ressources matérielles dans un cadre géographique. L'intégration verticale corrige la fragmentation des services, conséquence directe de la spécialisation de plus en plus poussée des techniques de la santé, tandis que l'intégration horizontale remédie à la répartition inégale des ressources et, de là, à la mauvaise qualité des soins dans certaines régions du Québec.

522. Tels sont, brièvement esquissés, les principaux objectifs que, selon la Commission, une politique de la santé, renouvelée et adaptée à l'ensemble de la société québécoise contemporaine, doit poursuivre et atteindre.

## RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

*4.IV.1. QUE la politique de la santé au Québec ait pour objectifs généraux :*

- a) d'améliorer l'état de santé de la population par une médecine globale et axée sur la personne;*
- b) d'améliorer l'état du milieu dans lequel vit la population.*

*4.IV.2. QUE la politique de la santé au Québec ait pour objectifs particuliers d'établir un régime de la santé :*

- a) d'accès universel;*
- b) acceptable à la population;*
- c) qui permette la distribution de soins de qualité sur les plans à la fois scientifique, humain et social;*
- d) efficace, c'est-à-dire fondé sur le recours aux méthodes modernes d'organisation et de distribution des soins.*





**V**

---

**Le régime de la santé**



## Le régime de la santé

### INTRODUCTION

523. La politique de la santé vise à améliorer aussi bien l'état de santé de la population que celui du milieu. Pour réaliser ces deux objectifs généraux, il faut modifier de façon importante l'actuel régime de la santé au Québec.

524. Comme on l'a mentionné au chapitre précédent, la mise en place d'une médecine globale<sup>1</sup> conditionne de façon essentielle l'amélioration de l'état de santé de la population. Nous avons défini la médecine globale : une médecine personnelle et familiale, une médecine complète incluant prévention, diagnostic, traitement et réadaptation dans les domaines de la santé mentale et physique, une médecine continue et coordonnée.

525. La médecine doit s'exercer dans le cadre d'un système ouvert. À cette fin, il importe que les soins satisfassent les besoins de la population, soient accessibles au triple point de vue physique, financier et social, et distribués selon des modes qui respectent la dignité de la personne humaine et ses attentes. De plus, le système doit être sensible aux influences de la société et s'adapter constamment aux conditions du milieu et à ses contraintes.

526. Le régime doit assurer la coordination des rapports entre ses diverses parties. Cela implique une autorité qui garantisse à la population l'accès à tous les soins selon ses besoins, accorde une attention particulière adaptée à chaque type de soins et dirige l'ensemble du régime selon des normes de qualité et d'efficacité généralement acceptées.

527. En vue de l'amélioration d'un tel régime, la Commission s'inspire d'un modèle conceptuel qu'il lui faut décrire avec précision. Dans le domaine de la santé, on utilise plusieurs dénominations ou étiquettes pour désigner les modèles d'organisation de la distribution des soins<sup>2</sup>. Nous croyons que, de façon générale, ils se ramènent essentiellement à deux types de régime de santé : le régime fermé (inspiré du modèle médical) et le régime ouvert (inspiré du modèle social).

<sup>1</sup> Voir l'appendice V.1 du présent chapitre : « Définitions du concept de médecine globale ».

<sup>2</sup> Voir l'appendice V.2 du présent chapitre : « Le concept de modèle ».

## **A. — LE MODÈLE MÉDICAL**

528. L'organisation actuelle de la distribution des soins correspond dans son ensemble au modèle médical traditionnel, et on y considère la maladie comme un problème entièrement ou principalement organique affectant les individus. Dans son évolution des vingt-cinq ou trente dernières années, l'hôpital, qui réunit diverses spécialités de la médecine, se dessine comme le centre et le noyau du régime autour duquel gravitent les hôpitaux locaux de moindre importance et, en périphérie, les médecins exerçant leur profession dans leurs cabinets privés ou au sein de polycliniques. L'importance des organismes privés et publics, qui offrent des services particuliers, n'est pas négligée ni diminuée pour autant, car ils assument un rôle de suppléance et de soutien complémentaire aux soins fournis par le système hospitalier.

529. La responsabilité et parfois même le contrôle de la distribution des soins à la communauté appartiennent à l'hôpital, sous le leadership de la profession médicale. On décrit alors le rôle de l'hôpital comme celui de coordinateur des services existants, d'innovateur de services nouveaux et de consultant pour la communauté. Un tel système correspond à la notion de système fermé, en ce sens qu'il est centré sur l'hôpital principal d'une région, lequel fixe lui-même ses buts et ses objectifs en fonction de la maladie et du malade.

530. L'organisation des services de santé de type « régime fermé », ou « modèle médical », présente sûrement des avantages : elle permet une plus grande autonomie du régime et un meilleur contrôle sur la formulation des objectifs, sur le personnel et sur l'accomplissement des tâches. Cependant, ce type d'organisation prête flanc à une critique, à notre point de vue, assez fondée : on lui reproche de n'être pas sensible aux besoins réels de la population et de n'être pas assez souple pour modifier ses objectifs et adapter ses services aux changements socio-économiques du monde contemporain.

## **B. — LE MODÈLE SOCIAL**

531. Depuis quelques années, avec l'évolution des sciences humaines et sociales, la connaissance et l'utilisation du modèle social ou du régime ouvert s'imposent. Le modèle social diffère essentiellement du modèle médical traditionnel par sa conception de la maladie : un déséquilibre dans les interactions entre une unité sociale — l'individu ou la famille — et le milieu au sein duquel elle évolue. Cette conception appliquée aux services de santé n'élimine pas l'existence de troubles purement ou principalement organiques ; par contre, plutôt que de considérer la maladie uniquement comme un problème organique

et individuel, elle y voit un phénomène complexe mettant en jeu, au niveau de l'étiologie, de l'évolution et des complications, une série de facteurs et d'implications entre l'individu malade, sa famille et la communauté au sein de laquelle s'inscrit son activité. On met donc l'accent sur le comportement total de l'individu, sans négliger pour autant l'importance du problème organique ou physique. Les aspects humains et sociaux qui interviennent au niveau des causes ou des conséquences de la maladie pondèrent l'aspect organique de la maladie.

532. En l'appliquant au centre communautaire de santé mentale, deux auteurs décrivent ainsi le concept de système ouvert :

A set of community resources which are directly or indirectly related in a causal network so that the actions of one component affect the capabilities of others in meeting community mental health needs<sup>1</sup>.

Ils précisent plus loin :

(The system) comprised of many subsystems with specialized structures and functions is itself a subpart of other political social and professional systems and has many overlapping, complex relationships with them<sup>2</sup>.

533. Il nous semble que cette description s'applique parfaitement à l'ensemble du régime de la santé où les soins psychiatriques constituent en fait un sous-système. On ne définit plus le système de distribution des soins comme autonome et indépendant, s'appuyant sur des organismes de soutien, mais comme un système qui reçoit les ressources de la communauté et les lui rend en soins constants et adaptés au milieu ambiant.

534. Contrairement au système fermé du modèle médical actuel, le système ouvert du modèle social n'assure pas autant d'autonomie interne et de contrôle dans la poursuite des objectifs fixés, car son existence et son développement dépendent largement des échanges avec le milieu. Cependant, il permet la conception d'un régime beaucoup plus souple et plus sensible aux besoins de la population desservie et aux ressources communautaires disponibles. Et à ce titre, il nous semble beaucoup plus approprié à l'organisation des soins dont les orientations ont connu récemment une évolution rapide.

<sup>1</sup> Herbert C. Schulberg et Frank Baker : *The Caregiving System in Community Mental Health Program. An Application of Open-systems Theory*, mars 1968, p. 5 (document inédit).

<sup>2</sup> *Ibid.*

535. On peut ainsi tenir compte de l'évolution scientifique et technique de la médecine moderne, des concepts nouveaux d'organisation des services de santé et de traitement des malades, des fonctions de service, d'enseignement et de recherche sur la santé, et enfin des exigences administratives propres à ce domaine. On espère aussi corriger les carences majeures du régime de la santé et favoriser ses relations avec les autres secteurs de l'activité publique.

536. Ce type de modèle n'est pas vraiment original; il a présidé, en tout ou en partie, à l'organisation des services de santé en Suède, à Porto Rico, en Angleterre et au *Kaiser Permanente Program* en Californie. Ses réalisations, dans des pays qui diffèrent par leur culture, leurs ressources et leurs besoins, démontrent concrètement la valeur et la souplesse du modèle. Car si le modèle de base et les objectifs généraux sont identiques, les détails de la réalisation et les objectifs intermédiaires et opérationnels obéissent aux conditions particulières à chaque milieu.

537. Ce modèle est intrinsèquement un instrument d'analyse qui simplifie la réalité complexe du domaine des soins pour en orienter l'étude et la description sur les fonctions primordiales de réalisation, c'est-à-dire la médecine globale, qui rend les soins disponibles et accessibles à tous, eu égard aux conditions essentielles de réalisation. De plus, il permet de mieux comprendre les rapports de complémentarité entre les diverses fonctions.

538. Dans ce chapitre, nous exposons les seuls éléments fondamentaux du régime de la santé que nous proposons pour le Québec. Ces éléments gravitent, à notre avis, autour de trois idées principales : la détermination de niveaux de soins, l'établissement de centres de santé et la création de régions sanitaires.

## **I. — LES NIVEAUX DE SOINS**

539. Afin de mieux établir les fonctions des divers établissements et organismes dans la réalisation d'une médecine globale et de mettre les soins à la disposition de tous les citoyens du Québec, la Commission reconnaît, selon les principes du modèle social, la nécessité d'identifier de façon bien précise des niveaux complémentaires de soins.

540. Soulignons que les niveaux de soins se fondent sur les besoins de la population et les exigences techniques de la médecine et non sur des catégories de maladies (cardiaques, mentales, etc.), des groupes particuliers de la population (enfants, travailleurs, personnes âgées ou des secteurs de l'activité médicale (prévention, traitement,

réadaptation). Chaque niveau de soins intègre globalement les activités de la médecine et d'autres disciplines de la santé, selon les fonctions et les types de soins à coordonner et non selon les types de cas et de problèmes de leur compétence.

541. Le régime de la santé comprend les trois niveaux de soins suivants : (1°) soins généraux, (2°) soins spécialisés et (3°) soins ultraspécialisés.

## A. — LES SOINS GÉNÉRAUX

542. Le niveau de soins généraux doit répondre aux besoins de la santé d'une population qu'on peut pleinement satisfaire sans recourir aux installations et aux soins spécialisés. Il comprend la gamme complète des soins : prévention, conseil, éducation sanitaire, diagnostic, traitement et réadaptation, sur les plans émotionnel, mental et physique.

543. À ce niveau, les mesures préventives sont prioritaires; elles visent à améliorer l'état de santé de chaque individu et à le protéger, par les moyens connus, contre les risques de maladie. Lorsqu'un individu présente un problème de santé, il ne précise pas le nom de la maladie pour laquelle il réclame un traitement spécifique. L'individu signale des signes et des symptômes, manifeste des malaises vagues et généraux ou simplement des inquiétudes. Ce qu'il recherche en priorité, c'est l'endroit où il doit se rendre et la personne compétente à qui soumettre son cas. Le régime doit aussi prévoir des moyens de rejoindre l'individu qui a besoin de soins, mais néglige la consultation. Toutefois, cette initiative de la part du régime n'infirmes en rien la responsabilité de l'individu quant à son état de santé.

### 1. — FONCTIONS

544. Le régime de la santé réalise sa tâche primordiale d'abord et surtout au niveau des soins généraux. De façon plus précise, on y retrouve les fonctions suivantes :

545. (1) *Contacts personnels* : à ce niveau, l'individu ou la famille rencontrent un professionnel de la santé qui les conseille et favorise l'accès aux soins dont ils ont besoin.

546. Le personnel sanitaire assure le premier contact avec le malade et sa famille et maintient ce contact entre les phases de la maladie, afin de prévenir les incidents et d'intervenir dès le début d'une rechute.

547. (2) *Soins continus* : l'individu s'attend à ce qu'on s'intéresse à lui de près tant que subsiste un problème de santé. Le personnel donne tous les soins, au domicile du malade ou à l'endroit approprié, selon son état et la nature de ses besoins. S'il s'agit d'un malade chronique, le personnel s'assure qu'il reçoit tous les soins destinés à le soulager et à retarder le plus possible la progression de la maladie.

548. (3) *Soins complets* : au niveau des soins généraux, le personnel doit faire face aux problèmes d'ordre organique ou psychique de la population qu'il dessert, sans distinction de sexe, d'âge et de langue, par l'éducation, le dépistage, la prévention, le diagnostic, le traitement et la réadaptation. Dans la mesure où le personnel professionnel ne peut répondre lui-même aux besoins des malades, il assume la responsabilité du recours aux autres sources de soins nécessaires.

549. (4) *Coordination* : afin d'assurer l'efficacité des services, le personnel professionnel coordonne les interventions et les activités des diverses sources de soins en fonction du temps et de l'endroit où ils sont requis.

550. (5) Le niveau de soins généraux assume de plus la responsabilité d'organiser la distribution des soins et de les rendre accessibles en abaissant les barrières physiques et sociales : ils doivent être disponibles en tout temps et convenir aux besoins de chacun.

551. En somme, quoiqu'ils incluent le diagnostic et le traitement, on doit axer la préoccupation fondamentale sur la conservation et l'amélioration de l'état de santé de la population, la prévention de la maladie ou de ses complications, et la réadaptation sous les aspects socio-économiques, psychiques et physiques.

## 2. — L'ÉQUIPE DE LA SANTÉ

552. Comme nous l'avons mentionné dans un chapitre précédent<sup>1</sup>, le médecin seul ne peut ni maîtriser toutes les connaissances générales de base nécessaires, ni être disponible constamment. L'expérience de la médecine d'équipe en milieu hospitalier et de la médecine de groupe, que nous connaissons actuellement au Québec, démontre qu'il ne suffit pas de réunir un certain nombre de personnes pour former une véritable équipe. Le type d'équipe qui remplit les fonctions du niveau des soins généraux doit réaliser les trois conditions suivantes :

---

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



553. (1) *Objectifs communs* : le concept de médecine globale doit être reconnu et appliqué par tous les membres de l'équipe en fonction des besoins de la population desservie.

554. (2) *Complémentarité* : les membres doivent se compléter mutuellement quant à leur formation et aux fonctions à remplir, de sorte que l'équipe elle-même satisfasse les besoins de la population par des services complets et continus.

555. (3) *Coordination* : les activités de chacun, quant à la fiche de santé de chaque individu ou famille en fonction de ses besoins exprimés et réels, doivent être discutées et révisées régulièrement par l'ensemble des membres de l'équipe.

556. Dans tous les secteurs de l'activité humaine et même dans la recherche, le besoin d'équipes multidisciplinaires sous un leadership souple et bien défini se fait sentir et la formule donne généralement d'excellents résultats. Le régime de la santé devra favoriser par tous les moyens disponibles la mise en place d'équipes multidisciplinaires. Ces équipes assureront en grande partie les soins généraux aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur des centres de santé.

557. Nous ne croyons pas à des formules idéales ou absolues pour la composition de l'équipe de la santé. Selon les conditions locales de main-d'œuvre, de densité de la population, de moyens de transport, ces équipes pourront, dans les unités de soins généraux, être plus ou moins nombreuses et logeront au sein même d'un centre communautaire de santé ou à peu de distance.

558. Selon nos connaissances dans ce domaine, il est permis de suggérer une équipe minimale de trois à cinq médecins, d'infirmières cliniciennes<sup>1</sup> et de quatre à dix infirmières à responsabilité plus importante, et d'un travailleur social (au moins un à temps partiel). La présence de dentistes et d'assistants dentaires intégrés à l'équipe est éminemment souhaitable, sinon essentielle.

559. Une unité de soins généraux ainsi constituée peut répondre à 80 ou 90 pour cent de la demande de soins selon le concept de

---

<sup>1</sup> La Commission prévoit trois types d'infirmières : les infirmières auxiliaires, formées au niveau secondaire du système d'enseignement, les infirmières soignantes, formées au niveau des CEGEP et, enfin, les infirmières formées au niveau supérieur à l'intérieur des facultés des sciences de la santé, où elles suivent des programmes destinés à les préparer au rôle d'infirmières cliniciennes. Au chapitre XI du présent volume, la Commission exprime l'avis que les infirmières cliniciennes devraient jouer le rôle d'assistantes médicales.

médecine globale et laisse suffisamment de temps aux membres de l'équipe pour des réunions régulières de travail et l'enseignement continu.

560. L'équipe peut être beaucoup plus importante si elle dessert un secteur plus peuplé. D'autres professionnels de la santé peuvent se joindre à l'équipe de base à plein temps ou à temps partiel. Cependant, il est possible que plusieurs équipes de base constituent une unité de soins afin de favoriser une organisation fonctionnelle et intégrée.

561. Afin de tenir compte des attitudes et des besoins de la population des diverses régions, le régime de la santé et le système d'enseignement auquel il se rattache doivent former les divers types de personnel requis pour des fonctions précises et innover dans la composition des équipes de la santé et dans la répartition des tâches et des responsabilités<sup>1</sup>. L'évolution actuelle de l'organisation des soins généraux permet un grand nombre d'innovations au niveau de leur distribution.

### 3. — LES SERVICES DE SOUTIEN

562. Le niveau des soins généraux, avons-nous dit, doit réaliser sa fonction principale : l'application du concept de médecine globale. L'équipe de la santé ne peut atteindre cet objectif que si elle compte sur un éventail complet de services spécialisés, techniques et d'information.

563. À ce niveau de soins généraux, l'équipe ne doit pas agir comme un simple centre de triage et de direction, mais doit prendre en charge les problèmes individuels. Au lieu de diriger l'individu simultanément ou successivement vers les centres de distribution des soins, elle doit étendre son champ de coordination en dehors de ses possibilités et requérir elle-même les services d'autres sources.

564. Ce n'est pas parce que le malade requiert une consultation ou un examen spécialisés qu'il doit être laissé à lui-même. Bien au contraire, il a d'autant plus besoin de soins personnels et continus que son cas est complexe et nécessite l'intervention de différentes sources de soins. En outre, plus il demeure dans son milieu pendant une phase de soins, plus l'intervention des professionnels de la santé doit tenir compte de la dynamique du malade, de sa famille, de sa col-

<sup>1</sup> Voir : Ministry of Health Services Council, *The field of work of the family doctor*, Report of a subcommittee, Standing Advisory Committee, Her Majesty's Stationery Office, Londres, 1963, p. 12.

lectivité, et plus aussi les résultats seront favorables, complets et constants. On peut vérifier de telles conclusions en divers domaines de l'activité médicale, qu'il s'agisse de maladies infantiles, chroniques ou mentales.

565. On ne doit jamais refuser au malade qui le requiert l'admission dans un centre hospitalier, pour une période courte, moyenne ou longue, mais la qualité même des soins en vue d'améliorer l'état de santé exige que ces séjours soient les moins fréquents et les plus courts possible. Il est important que les professionnels de la santé — et, à l'équipe de la santé revient un rôle primordial — ne s'en tiennent pas aux solutions de facilité, mais recherchent les méthodes de distribution des soins qui rendent ceux-ci plus accessibles à la population au moment et à l'endroit où il y a un besoin manifeste et l'assurance d'une plus grande efficacité.

566. La réalisation d'une médecine globale et l'accent sur la prévention et la distribution des soins à des malades sur pied sont non seulement importants quant à la qualité, mais aussi quant au volume des soins à distribuer. L'expérience de la Suède, de l'Angleterre et de certains États américains, comme la Californie et New York, démontre que 80 à 90 pour cent des malades peuvent être pris en charge complètement par une équipe de la santé, au niveau des soins généraux décrits dans la présente section <sup>1</sup>.

## **B. — LES SOINS SPÉCIALISÉS**

567. Une des tâches principales du régime de la santé consiste à rendre tous les soins accessibles selon les besoins de la population. Étant donné les possibilités considérables de la médecine spécialisée aux points de vue diagnostic, traitement et réadaptation dans le domaine des maladies physiques et mentales, chaque malade doit être assuré de recevoir ces soins dès que son état le requiert.

568. Au cours d'une année, une faible proportion seulement des personnes ayant besoin de soins médicaux requiert des soins spécialisés. Cependant, en chiffres absolus, ce nombre est assez important pour qu'on établisse un niveau de soins bien organisés qui apportent aux malades les ressources prodigieuses de la science et de la technique médicales. Ainsi, en général, sur une population de 100,000 à 150,000 habitants, environ 10 pour cent de personnes auront besoin de soins, d'un personnel et d'installations spécialisés <sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Voir à sujet Kerr L. White *et al.* : « The Ecology of Medical Care », *The New England Journal of Medicine*, novembre 1961, vol. 265 N° 18, pp. 885-892; également : Robert Kohn : « The Health of Canadian People », étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1967, chap. 3, pp. 111-114.

<sup>2</sup> Kerr L. White *et al.* : « The Ecology of Medical Care », *The New England Journal of Medical Care*, *op. cit.*

569. Évidemment, cette approximation ne donne pas d'information sur le nombre et la durée des soins épisodiques requis par personne ou par groupe de personnes. Selon les renseignements fournis par l'enquête sur l'état de santé de la population canadienne<sup>1</sup>, on prévoit que les mêmes personnes sont susceptibles d'être malades plus d'une fois au cours d'une année. Ainsi, on croit qu'environ 64 pour cent des malades exigent des soins plus de deux fois au cours d'une année, 40 pour cent plus de trois et 25 pour cent plus de quatre fois.

570. Nous citons ces statistiques à ce stade-ci dans le seul but de donner une idée de la dimension du problème au niveau des soins spécialisés. La Commission reconnaît l'approximation de ces statistiques qui datent de près de vingt ans. De plus, la situation diffère selon les régions et selon les groupes d'âge de population<sup>2</sup>. On s'entend toutefois sur la nécessité et l'importance relative du niveau de soins spécialisés quant au volume de demandes, même s'il n'est pas comparable à celui des soins généraux.

571. Sans compromettre le concept de médecine globale, réalisé en majeure partie au niveau des soins généraux, le niveau de soins spécialisés doit comporter la gamme complète de ces soins dans les domaines divers de la santé.

572. Dans la grande majorité des pays développés, on estime généralement qu'une population de 100,000 à 150,000 habitants doit avoir à sa disposition, au minimum, les soins médicaux suivants : médecine de famille, médecine interne, pédiatrie, chirurgie générale, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, obstétrique et gynécologie, psychiatrie, psychiatrie et gériatrie<sup>3</sup>.

573. De plus, le bon fonctionnement des unités de soins appelle les services annexes suivants : radiologie, anesthésie, biologie médicale, hématologie, microbiologie, anatomo-pathologie, soins dentaires spécialisés et pharmacie.

574. Les professionnels de la santé de ce niveau poursuivent les mêmes objectifs d'une médecine globale qui fournit un contact personnel et des soins continus, complets et coordonnés, lesquels complètent, lorsqu'on le juge nécessaire, ceux qui sont distribués au niveau des soins généraux.

<sup>1</sup> Robert Kohn : « The Health of Canadian People », *op. cit.* p. 138.

<sup>2</sup> *Ibid.*, pp. 114-124.

<sup>3</sup> Report of the Committee, Department of Health and Social Security, Welsh Office, Central Health Service Council : *The Function of the District General Hospital*, Her Majesty's Stationery Office, Londres, 1969, pp. 9-10.

575. Dans toute la mesure du possible, la distribution des soins spécialisés doit respecter le caractère personnel et l'élément de continuité assurés au niveau des soins généraux. Cette exigence implique l'incorporation au régime de la santé de relations harmonieuses (bénéfiques pour le malade) entre le personnel des deux niveaux et de techniques modernes d'information et de communication. La constitution d'un dossier médical unique pour chaque malade et chaque famille constitue l'armature centrale du système d'information<sup>1</sup>. Si le personnel professionnel de l'hôpital peut utiliser le dossier du malade, ce dernier ne perd pas pour autant son droit de propriété sur les renseignements inclus et qui le concernent au premier titre. On doit prévoir des modalités pour garantir l'exercice de ce droit légitime.

576. On traitera les malades, même s'ils requièrent des soins spécialisés, le plus possible dans leur milieu de vie habituel. Ainsi, l'intervention porte encore sur le milieu de vie, dans la mesure où celui-ci doit être modifié en fonction des besoins nouveaux du malade. Cette deuxième exigence invite à traiter les individus sans recourir à l'hospitalisation, si possible. Si la gravité et la complexité des problèmes d'un malade nécessitent son hospitalisation, il faut reconnaître qu'elle comporte des risques importants aux points de vue physique et psychologique. L'état du malade, et non la situation des professionnels de la santé, reste quand même le facteur déterminant de l'hospitalisation.

577. Lorsqu'on doit hospitaliser un malade, les mêmes principes de médecine globale doivent présider à l'organisation et à la distribution des soins. Le groupement des malades en milieu hospitalier reflète dans une certaine mesure l'organisation des soins et les critères de classification actuellement utilisés sont de différents ordres :

- âge : médecine pédiatrique, adulte, gériatrique ;
- sexe ;
- spécialité du médecin traitant : médecine, chirurgie, pédiatrie, psychiatrie, gynécologie et obstétrique, ophtalmologie, etc. ;
- durée prévue du séjour :
  - courte durée : hospitalisation d'une journée ;
  - durée moyenne : moins de 30 jours ;
  - longue durée : plus de 30 jours ;

---

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

- source de paiement et type de chambre : chambre « privée », « semi-privée » et « d'assurance- hospitalisation » ;
- facilités d'enseignement ;
- soins requis : intensifs, courants.

578. Aucune règle uniforme ne dicte la ligne de conduite à suivre, mais en général, les trois premiers critères prédominent dans la majorité des hôpitaux. La Commission croit qu'on doit élargir ces critères de classification et s'inspirer du concept des soins gradués<sup>1</sup>.

579. Depuis quelques années, plusieurs hôpitaux constituent des unités de soins intensifs, où personnel, appareils et matériel sont choisis et répartis en fonction des besoins des malades qui nécessitent une attention constante et des soins spéciaux. Nous croyons que la philosophie qui a présidé à l'organisation des unités de soins intensifs devrait également avoir une influence sur la distribution universelle des soins. Le concept de soins gradués date de l'époque de Florence Nightingale, il y a plus de cent ans. Bien qu'on ait tardé longtemps à l'appliquer et à le perfectionner, on peut dire que beaucoup de progrès ont été réalisés dans ce sens depuis quinze ans environ<sup>2</sup>.

580. En général, les services de soins gradués se divisent ainsi :

- a) services internes : soins intensifs, soins courants, soins espacés, soins de longue durée ;
- b) services externes : soins d'urgence, soins de jour, consultations de dépistage, consultations générales ou spécialisées ;
- c) services de soins à domicile.

581. La formule est très flexible et admet plusieurs variantes d'application selon les ressources matérielles disponibles et les besoins de la population. Il faut surtout retenir qu'on organise les unités de

<sup>1</sup> Voir l'appendice V.3 du présent chapitre : « Classification des malades selon le concept de soins gradués ».

<sup>2</sup> D. Edgeworth : « Progressive Patient Care », *Hospital Administration in Canada*, mars 1969, vol. 11, N° 3, pp. 26-38; avril 1969, Vol. 11, N° 4, pp. 29-36. U. S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Services : *Elements of Progressive Patient Care*, U. S. Government Printing Office, Washington, 1963, Publication N° 930-C-1. Lewis E. Weeks et John R. Griffith : *Progressive Patient Care, an Anthology*, The University of Michigan, Ann Arbor, 1964. John R. Griffith et al. : *The McPherson Experiment, Expended Community Hospital Service*, University of Michigan, Bureau of Hospital Administration, Ann Arbor, 1967 (Research Series N° 5). H. L. Lockward et al. : « Progressive Patient Care : A Preliminary Report », *Journal of the American Medical Association*, 9 janvier 1960, vol. 172, N° 2.

soins selon l'urgence et la demande, et non plus selon la nature de la maladie ou, ce qui revient au même, selon la spécialité du médecin traitant. L'organisation d'unités de soins gradués permet de relier les niveaux de soins généraux et de soins spécialisés.

582. L'appendice V.3 et les sources citées plus haut donnent des précisions sur la définition des termes, les critères de classification, l'organisation des unités de soins, de même que sur les effets de l'application du concept sur les attitudes du personnel et des malades et sur les coûts de fonctionnement. On doit s'inspirer de ce concept si l'on veut organiser de façon rationnelle la distribution des soins spécialisés <sup>1</sup>.

### C. — LES SOINS ULTRASPÉCIALISÉS

583. Les développements scientifiques et technologiques qui trouvent aujourd'hui leur application dans le domaine de la santé ont atteint, dans plusieurs secteurs, un niveau de perfectionnement et de complexité qui nécessite l'acquisition de matériel et d'appareils et la constitution d'équipes de personnel ultraspecialisés.

584. Les soins ultraspecialisés concernent des problèmes de santé beaucoup plus rares et sont en général très coûteux. Ces caractéristiques entraînent la concentration des effectifs et de l'équipement hospitalier, de sorte que la quantité de soins favorise la qualité et l'efficacité.

585. Une très grande disparité de fréquence existe entre les affections qui nécessitent le recours aux spécialités. Si l'on doit prévoir un omnipraticien pour une population de 2,000 personnes, un chirurgien pour 10,000 ou un interniste pour 20,000, par contre un neuro-chirurgien suffit pour 150,000 <sup>2</sup>. On peut contester ces chiffres, mais il demeure indispensable d'en tenir compte dans l'organisation du système de distribution des soins à travers le Québec. En général, l'organisation des services de soins ultraspecialisés s'adresse à une population de un à un million et demi de personnes. Dans certains

<sup>1</sup> Ce concept de soins gradués est expliqué et vulgarisé dans : Warren R. Young : « Est-ce l'hôpital de l'avenir », condensé de « Life », *Sélection du Reader's Digest*, septembre 1967, pp. 133-144.

<sup>2</sup> Ces chiffres ont été avancés dans : *Medical Economics*, 30 octobre 1967, p. 67. Selon l'expérience de différents pays, le rapport médecin de famille/population varie de un pour 1,500 à un pour 3,500 et peut même atteindre un pour 4,000 personnes lorsque les médecins exercent en groupe. Voir à ce sujet : Almont Lindsay : *Socialized Medicine in England and Wales : The National Health Service, 1948-1961*, University of North Carolina Press, Chapel Hill, 1962, p. 207. Voir également : George A. Silver : « Group Practice : What it is », *Medical World*, 3<sup>e</sup> partie, janvier 1965, pp. 51-52.

cas, le bassin de population doit s'étendre jusqu'à six ou sept millions d'habitants.

586. Si l'on veut réellement assurer l'accès général à la gamme complète des soins et que la médecine québécoise progresse au rythme de l'évolution scientifique, il faut éviter les doubles emplois et la mauvaise utilisation des ressources rares et coûteuses. Les communications et la coordination permettent le transport rapide des malades vers le centre régional ou provincial de soins ultraspécialisés, dès que leur état l'exige.

587. La démarcation entre soins spécialisés et soins ultraspécialisés suit l'évolution des connaissances scientifiques et la fréquence des maladies : certains soins, actuellement considérés comme ultraspécialisés, deviendront des soins spécialisés au cours de la prochaine décennie.

588. L'exemple le plus frappant du concept de soins ultraspécialisés nous semble être la transplantation d'organes, particulièrement la transplantation cardiaque. À ce sujet, on se demande sérieusement si le Québec doit disposer de plus d'un centre de transplantation. Les coûts en personnel ultraspécialisé, en matériel ou appareils requis sont très élevés, alors qu'il existe des disparités considérables, entre les régions du Québec, quant à la qualité des soins généraux et à leur facilité d'accès. La Commission suggère au nouveau régime de la santé de déterminer les priorités en fonction de l'ensemble de la population et de l'utilisation la plus rationnelle possible des ressources humaines et matérielles.

## **II. — LES CENTRES DE SANTÉ**

589. La Commission reconnaît que les effectifs et les ressources actuels suffisent, en partie, à remplir la tâche qu'on leur confie, qui est de distribuer des soins selon le concept de médecine globale. Lors des audiences publiques, des visites et des rencontres, les commissaires ont constaté que le régime actuel possède des ressources matérielles très valables et des effectifs compétents qui ont déjà amélioré l'état de santé de la population du Québec.

590. Mais il faut bien constater des disparités considérables entre les régions administratives, comme en témoigne l'étude sur l'état de santé de la population, de même que des lacunes graves dans la distribution des soins, comme nous l'avons décrit dans un autre cha-



pitre du présent rapport <sup>1</sup>. Suggérer des modifications et des correctifs théoriques équivaut, à notre avis, à proposer une solution partielle et incomplète aux problèmes actuels. Nous voulons plutôt, dans la présente section, dégager les principes essentiels qu'inspire le modèle social pour une réforme de la distribution des soins et démontrer comment ces principes président à une réorganisation de l'actuel régime de la santé au Québec qui débouchera sur un système complètement ouvert. Cette approche permet d'apporter des changements beaucoup plus profonds et fondés sur les objectifs d'une politique de la santé, tout en utilisant au maximum les effectifs et les ressources en place.

591. De l'avis de la Commission, trois principes fondamentaux, qui découlent des objectifs définis, doivent présider à la réforme du régime de la santé :

- 1) déterminer clairement et créer des structures responsables dans la distribution des soins;
- 2) coordonner l'activité médicale aux niveaux local et régional pour rendre les soins disponibles, facilement accessibles et acceptables;
- 3) planifier régionalement la distribution des soins, pour que le régime utilise au maximum les effectifs et les ressources disponibles et conserve la souplesse et la flexibilité nécessaires à une adaptation aux changements des besoins de la population et aux conditions et exigences du milieu.

592. Voyons maintenant comment les effectifs et les ressources actuels peuvent être groupés, selon ces trois principes, autour de trois centres complémentaires : le centre local de santé, le centre communautaire de santé et le centre hospitalier universitaire.

#### **A. — LE CENTRE LOCAL DE SANTÉ (CLS)**

593. Le niveau de soins généraux groupe les soins qui satisfont aux besoins de la population sans faire appel de façon régulière et continue aux effectifs et aux installations spécialisés. Les unités de ce niveau doivent non seulement répondre à une demande plus grande et à des besoins plus diversifiés que les deux autres niveaux de soins, mais encore chercher à connaître et à satisfaire les besoins de santé non exprimés par la population en raison des barrières financières,

---

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

physiques, éducatives et sociales et à supprimer celles-ci. Car on ne peut relever le niveau de santé de la population si l'on se contente de remédier aux lacunes et aux carences évidentes. De grands progrès s'effectuent dans la médecine curative et il s'écoulera probablement quelques décennies avant l'avènement de nouvelles découvertes importantes dans le traitement des maladies héréditaires et dégénératives. L'accent doit maintenant porter sur la prévention de même que sur la surveillance de l'état de santé de la population.

594. Dans l'ensemble, la gamme de soins offerts est assez complète. Quoiqu'on puisse discuter de la suffisance des effectifs et de l'équipement, la Commission est convaincue, à la suite de ses rencontres et visites, qu'on doit apporter des améliorations en priorité à l'organisation et à la distribution plus équitable des soins, particulièrement des soins généraux.

595. Le centre local de santé (CLS) est le noyau de l'organisation des soins au niveau général. À ce titre, il remplit essentiellement les fonctions et les conditions suivantes :

- 1) le CLS est le lieu où la personne entre en contact avec le régime et où elle s'adresse régulièrement. À cette fin, le CLS veille à ce que les soins soient disponibles et accessibles à tous. De plus, le CLS choisit les méthodes de distribution des soins et les modalités de relation avec les individus qui permettent de prodiguer les soins dans le respect de la personne humaine;
- 2) le CLS assure la prise en charge complète et continue des malades. Cette fonction implique qu'il soit en communication régulière avec les autres parties du régime et coordonne l'utilisation des ressources en fonction des besoins individuels et familiaux;
- 3) le CLS offre des soins de qualité. À cette fin, les professionnels du CLS coordonnent leurs efforts dans la poursuite d'objectifs précis et le centre est relié à un réseau d'information médicale et d'enseignement continu;
- 4) enfin, le CLS fait preuve d'efficacité économique et sociale par un partage des tâches et une délégation des responsabilités sous un leadership souple et clairement établi.

596. Même si les fonctions du CLS et les conditions à remplir éclairent sa composition et son fonctionnement, elles ne permettent pas de déduire des règles précises et rigides. La nature et le volume du travail et des responsabilités de l'équipe de la santé dépendront directement des objectifs fonctionnels, lesquels sont dictés par les

besoins et les caractéristiques démographiques et épidémiologiques de la population et par les caractéristiques géographiques et physiques du milieu.

597. Diverses expériences tentées dans le domaine de l'organisation et de la distribution des soins permettent de dégager les indications générales suivantes<sup>1</sup> :

- 1) le CLS doit être une véritable équipe de la santé et non pas un groupe de professionnels qui ont leurs cabinets sous un même toit et partagent simplement certains services administratifs et utilisent les mêmes installations. La notion d'équipe implique un groupe de professionnels de la santé (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, dentistes, pharmaciens, psychologues, et autres) interdépendants par leurs connaissances, leur expérience et les types de soins à donner à l'individu et à la population. L'organisation du travail en équipe suppose de plus une délégation des responsabilités et un partage des tâches, de sorte que chaque membre de l'équipe fournisse un rendement maximum et que le malade reçoive des soins intégrés et complets. Une équipe de la santé comprend également un personnel administratif de soutien;
- 2) les médecins les plus aptes à remplir le rôle de médecin de famille sont les omnipraticiens, organisés en équipe selon diverses modalités;
- 3) l'infirmière assume beaucoup de responsabilités dans la distribution des soins et la surveillance des malades, surtout pour les soins de prévention dans le domaine des troubles émotionnels et des maladies psychiatriques, des soins pédiatriques, des maladies chroniques et des soins gériatriques;

<sup>1</sup> George A. Silver : *Family Medical Care : A Report on the Family Health Maintenance Demonstration*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1963. George A. Silver et al. : « An Experience with Group Practice : The Montefiore Medical Group, 1948-1946 », *The New England Journal of Medicine*, avril 1957, vol. 256, N° 17, pp. 785-791. Count D. Gibson : « The Neighbourhood Health Center : The Primary Unit of Health Care », *American Journal of Public Health*, juillet 1968, vol. 58, N° 7, pp. 1188-1191. Harnold B. Wise : « Montefiore Hospital Neighbourhood Medical Care Demonstration : A Case Study », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, juillet 1968, vol. 46, N° 3, 1ère partie, pp. 297-307. Lester J. Evans : *the Crisis in Medical Education*, The University of Michigan Press, Ann Arbor, 1964, pp. 59-78. Jerome S. Beloff et Marion Willet : « Yale Studies in Family Health Care, III. the Health Care Team », *Journal of the American Medical Association*, 2 septembre 1968, vol. 205, N° 10 pp. 73-79. Gregory J. Riley et al. : « A Study of Family Medicine in Upstate New York », *Journal of the American Medical Association*, 23 juin 1969, vol. 208, N° 12, pp. 2307-2314.

- 4) plusieurs types de professionnels de la santé accomplissent très bien une foule de tâches précises dans l'examen et le soin des malades à l'intérieur des équipes de la santé. On ne doit donc pas définir de façon trop rigide le champ de leur compétence par les lois professionnelles, de façon à permettre une certaine substitution dans l'exercice des tâches, lorsqu'elles s'exercent dans le cadre d'une équipe de la santé;
- 5) les installations à la disposition de l'équipe de soins généraux comprennent essentiellement les bureaux du personnel; les salles d'attente, d'examen et de traitement; un endroit de stockage pour les médicaments; un secrétariat, une salle de réunion, un laboratoire-clinique pour des méthodes simples d'analyse et de décompte sur des échantillons sanguins et urinaires. Les techniques de communications actuelles et l'informatique permettent, dans la majorité des cas, à un centre communautaire de santé d'offrir les services de biologie médicale, de radiologie et d'électrocardiographie aux équipes de la santé qui exercent en dehors de ces centres; lorsque l'équipe de soins généraux exerce à l'intérieur d'un centre communautaire de santé, des services plus complets peuvent être accessibles;
- 6) un système de dossiers médicaux complets et standardisés comprenant les données démographiques, le relevé des immunisations, l'évolution du traitement et le statut du malade est essentiel à la continuité des soins. On reconnaît de plus en plus l'importance d'organiser les dossiers des malades en fonction des problèmes à résoudre, et en incluant un plan de santé pour toute la famille. De plus en plus, l'utilisation des ordinateurs permet l'accumulation des données dans des banques centralisées et le recours systématique aux renseignements pour les soins individuels ou pour des études épidémiologiques;
- 7) chaque CLS est relié à un niveau complet de distribution des soins, afin d'offrir aux malades tous les meilleurs soins possibles. Au niveau des soins généraux, ce réseau comprend : des services de consultation diagnostique et thérapeutique dans toutes les spécialités médicales et chirurgicales, des services de dépistage, des facilités d'observation des malades pour une courte durée (24 - 48 heures) et des services d'ordonnances;

- 8) les CLS utilisent un service de transport qui permet d'assurer le déplacement des individus selon leurs besoins. On élargira le service d'ambulance traditionnel et on inclura ce nouveau service.

598. L'organisation des CLS est décrite dans le prochain chapitre, ainsi que ses relations avec les autres unités du système.

## **B. — LE CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ (CCS)**

599. L'équipe de la santé, décrite au niveau des soins généraux, assure la distribution des soins en fonction des besoins de l'individu et de sa famille. Cette équipe remplit son rôle au sein d'un CLS, soit à une distance variable du centre communautaire de santé (CCS), soit à l'intérieur même du CCS. Ce dernier type se substitue aux consultations externes actuelles, dont les fonctions doivent évidemment être modifiées.

### **1. — FONCTIONS**

600. Le CCS est responsable de la distribution d'une partie des soins généraux, des soins spécialisés et, occasionnellement, des soins ultraspecialisés. Il correspond aux hôpitaux généraux actuels, qui modifieront nécessairement leurs objectifs et s'intégreront dans le régime de la santé proposé.

601. Alors que la clef de l'amélioration de la santé de la population réside dans la prévention, le diagnostic et le traitement précoce des maladies et dans l'éducation sanitaire de la population, l'hôpital général intervient trop tardivement dans le développement et l'évolution de la maladie. On doit évaluer le rendement de l'hôpital, croyons-nous, en fonction de l'amélioration de l'état de santé de la population. À cette fin, il faut repenser le rôle de l'hôpital et lui confier une responsabilité de premier ordre dans la distribution non seulement des soins spécialisés mais aussi des soins généraux. Pour remplir ce nouveau rôle, l'hôpital accepte de soutenir les efforts des unités de soins généraux et possède les pouvoirs et les moyens nécessaires pour organiser et coordonner l'ensemble des soins à ce niveau.

602. Nous nous rendons compte de l'importance et des difficultés du changement proposé dans le rôle de l'hôpital général. Traditionnellement, les hôpitaux sont organisés et fonctionnent selon un modèle fermé : l'hôpital est devenu le centre de soins qui définit ses objectifs et détermine son fonctionnement principalement à partir

des cas qui lui sont adressés ou de la volonté des professionnels qui y travaillent. Les autres organismes de soins sont généralement perçus comme des agents de soutien auxquels l'hôpital renvoie les problèmes qu'il estime ne pas être de son ressort.

603. Le sens précis de notre proposition vise à modifier l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital général dans le sens d'un modèle ouvert. Fondamentalement, ce changement signifie un déplacement d'intérêt : l'hôpital n'est plus le centre d'activité autour duquel gravitent des organismes qui définissent leur rôle en fonction des tâches rejetées par l'hôpital, mais devient plutôt lui-même partie intégrante du régime de la santé et définit ses objectifs et ses fonctions selon les besoins de la population desservie.

604. La caractéristique majeure du CCS est d'offrir la gamme complète des soins spécialisés à une population définie, de même que certains soins ultraspecialisés à toute la région. Il a aussi un rôle important dans la distribution des soins généraux et collabore avec les CLS qui lui sont rattachés<sup>1</sup>. Le CCS se définit essentiellement comme l'ensemble des installations mises à la disposition de la population en vue d'améliorer son état de santé. Il forme ainsi une unité, partie du régime de la santé, dont la tâche primordiale est l'organisation et la distribution des soins complets.

## 2. — TAILLE DU CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ

605. Malgré cette nouvelle approche de distribution des soins spécialisés, l'expérience passée montre que des malades requérant des soins spécialisés au cours d'une année devront quand même entrer au CCS à des fins diagnostiques et thérapeutiques pour une période plus ou moins longue. Deux questions se posent à ce stade-ci : (1°) combien faut-il prévoir de lits par unité de population ? (2°) quelle est la taille optimale d'un centre communautaire de santé quant au nombre total de lits ?

### a) Nombre de lits par unité de population

606. La détermination du nombre de lits requis par unité de population est une entreprise difficile et incertaine parce que l'utilisation des lits d'hôpitaux dépend d'une grande variété de facteurs<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> J. J. Bourke : « Opinions », *Hospitals*, 28 avril 1952, vol. 26, N° 4, p. 28. Milton I. Roemer et Max Shain : *Hospital Utilization under Insurance*, American Hospital Association, Chicago, 1959, (Hospital Monograph Series, N° 6).

On peut les ranger sous trois titres généraux :

- *les facteurs déterminés par les malades* : incidence et prévalence de la maladie, caractéristiques démographiques et culturelles de la population, attitudes à l'égard de la maladie, statut socio-économique de la population, statut civil des malades et coût des soins ;
- *les facteurs déterminés par l'hôpital* : nombre de lits disponibles, efficacité dans l'utilisation des lits, disponibilité dans la communauté de moyens autres que les lits hospitaliers, méthodes de financement des dépenses hospitalières et organisation des services externes ;
- *les facteurs déterminés par les professionnels* : nombre et genre de praticiens, mode de rémunération des professionnels de la santé, modalités de l'exercice professionnel, politique d'admission et de traitement à l'hôpital et besoins de l'enseignement des sciences de la santé.

607. Chacun de ces facteurs fait varier considérablement le nombre de lits nécessaires à la population. Ainsi, il est démontré<sup>1</sup> que le seul facteur du nombre de lits disponibles influence l'utilisation des lits de sorte qu'il n'existe à peu près point de saturation au-dessus duquel des lits seront vacants. Le grand nombre de facteurs et leur interaction rendent tout à fait impossible la détermination d'un mode de calcul du nombre de lits requis pour une population donnée. Cette situation se reflète dans les différences considérables entre pays et régions quant au nombre de lits allant de 3 à 12 pour 1,000 habitants<sup>2</sup>.

608. L'expérience récente aide à déterminer le nombre de lits. Nonobstant certaines méthodes statistiques, il importe surtout de prévoir des constructions suffisamment flexibles pour augmenter ou diminuer le nombre de lits disponibles selon les besoins. Il faut se rappeler que les lits ne sont qu'un des nombreux facteurs de la distribution des soins et qu'il y a intérêt à expérimenter d'autres méthodes et à modifier les variables d'utilisation des lits afin de réduire celle-ci au minimum.

609. Les études faites par la Commission et les comparaisons établies avec le *Kaiser Foundation Medical Care Program*<sup>3</sup> et le

<sup>1</sup> Martin S. Feldstein : *Economic Analysis for Health Service Efficiency, Econometric Studies of the British National Health Service*, North-Holland Publishing Co., Amsterdam, 1967, (contributions to Economic Analysis, 51).

<sup>2</sup> O. L. Peterson : « What is value for money in medical care ? » *The Lancet*, 8 avril 1967, vol. 1, N° 7493, pp. 771-776.

<sup>3</sup> *Report of the National Advisory Commission on Health Manpower*, op. cit., pp. 197.

*Health Insurance Plan of Greater New York*<sup>1</sup> permettent de prévoir un taux normatif de 2.5 lits pour 1,000 habitants pour le traitement des maladies aiguës. L'organisation de la distribution des soins aux niveaux des soins généraux et spécialisés de même que l'accent sur la prévention et la réadaptation permettent d'espérer une réduction du nombre de lits, au moins à ce taux<sup>2</sup>.

#### **b) Taille optimale du centre communautaire de santé**

610. En plus de tenir compte de l'ensemble des facteurs ci-dessus énumérés dans la détermination du nombre de lits requis pour une population donnée, il faut considérer certaines contraintes de localisation et de taille des établissements hospitaliers.

611. Il ne suffit pas de mettre des lits à la disposition de la population; encore faut-il que le CCS attire et garde le personnel compétent nécessaire au bon fonctionnement des installations. Or, ce personnel est ordinairement rare et tend à préférer la proximité des centres urbains et semi-urbains. Il apparaît difficile et coûteux d'attirer le personnel dans des milieux éloignés ou isolés où il est souvent impossible d'y maintenir un personnel complet ou suffisamment nombreux pour une utilisation optimale des installations hospitalières.

612. Comme on peut satisfaire 80 à 90 pour cent de la demande au niveau des soins généraux, il est préférable, pour une meilleure qualité et efficacité, de les renforcer dans les milieux ruraux et d'allouer des fonds pour l'organisation du transport des malades vers les centres hospitaliers importants et pour l'amélioration de la mobilité du personnel, du matériel et des appareils spécialisés, de sorte que ces centres fournissent les services de soutien et de consultation nécessaires.

613. La localisation des CCS est d'autant plus importante que leur taille est un élément primordial de qualité et d'efficacité. On sait maintenant qu'un hôpital de 50 à 200 lits est beaucoup trop petit pour permettre la concentration minimale nécessaire de personnel compétent et d'installations de toute première qualité.

614. L'expérience américaine depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale est concluante à ce sujet. La législation connue sous le nom de Hill-Burton a permis la construction d'un grand nombre de petits

<sup>1</sup> New York, Health Insurance Plan : *Statistical Report 1965*, New York.

<sup>2</sup> Voir le chapitre XIV du présent volume : « Les régions sanitaires, les programmes de soins et de salubrité publique et l'implantation des centres de santé ».



hôpitaux selon ce principe que chaque petite communauté a droit à son hôpital<sup>1</sup>. Or, on s'est rendu compte de l'impossibilité d'organiser et de faire fonctionner ces hôpitaux de façon à assurer des soins de qualité. La tendance actuelle est de fermer ces établissements et de centraliser la distribution des soins dans des centres plus importants<sup>2</sup>. À cause de la nature même de l'hôpital, il n'existe pas de chiffre magique pour fixer le nombre idéal de lits par hôpital. Celui-ci réunit différentes unités de soins et le nombre total de lits n'est qu'une moyenne pondérée du nombre optimum requis pour chaque type d'unité. Tout ce qu'on peut dire en toute certitude, c'est qu'un hôpital ne doit pas avoir moins de trois cents lits.

### C. — LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU)

615. Pour une utilisation optimale, certaines fonctions ou certains types de soins nécessitent une population plus considérable que d'autres et doivent, par conséquent, être bien situés si l'on veut obtenir un système vraiment efficace de distribution des soins. En conséquence, on confiera les soins ultraspécialisés aux grands centres régionaux qui desservent une population considérable.

616. En raison du développement historique des hôpitaux au Québec, il est impossible, dans la plupart des régions, de grouper des soins ultraspécialisés dans un même centre de santé. Pour ces types de soins, on doit toutefois respecter les bassins de population et éviter de multiplier les investissements extrêmement coûteux.

617. Certains CCS, qui offrent déjà des types de soins ultraspécialisés, devront continuer à le faire en fonction des besoins de la population.

618. Toutefois, à l'avenir, on doit grouper ces types de soins dans des centres de santé régionaux. Ce groupement, de nature physique ou administrative, permet d'éviter des doubles emplois dans le personnel, les installations et les investissements.

619. La Commission croit qu'en général on devra considérer les centres régionaux offrant des soins ultraspécialisés comme des centres hospitaliers universitaires (CHU), c'est-à-dire des centres d'enseignement et de recherche. C'est à l'intérieur de ces centres hospi-

<sup>1</sup> *Hospital Survey and Construction Act* (Hill-Burton Act), P. L. 79-725, *op. cit.*

<sup>2</sup> Walter J. McNerney et Donald C. Riedel : *Regionalization and Rural Health Care. An Experiment in three Communities*, The University of Michigan, Ann Arbor, 1962, pp. 176-177.

taliers, où l'on offre toute la gamme des soins (ultraspécialisés, spécialisés et généraux) et où travaillent un nombre considérable de professionnels de la santé, que se trouve le milieu idéal pour la formation clinique des professionnels de la santé.

620. Le CHU devient donc l'endroit par excellence de la distribution des soins ultraspécialisés tant sur le plan physique que mental. Les soins offerts par le CHU doivent aussi comprendre des soins spécialisés et généraux et être disponibles, selon le niveau, à une partie ou à l'ensemble de la population.

621. Les CHU ont une fonction spécifique d'enseignement et de recherche qui leur est dévolue par l'université<sup>1</sup>. La priorité de l'enseignement et de la recherche y est reconnue d'emblée et ils constituent le réseau des hôpitaux d'enseignement de la faculté des sciences de la santé. Chaque université peut, après entente avec l'office régional de la santé (ORS), dont il sera question au chapitre suivant, reconnaître un ou plusieurs CHU dans la région, selon la dimension de celle-ci et le personnel à former.

622. La faculté peut lier par contrat, à des fins d'enseignement dans certains domaines déterminés, d'autres CCS moins considérables selon leurs ressources et les besoins d'enseignement, et inviter même les hôpitaux ou instituts spécialisés à participer à l'enseignement et à la recherche dans le domaine de leur activité.

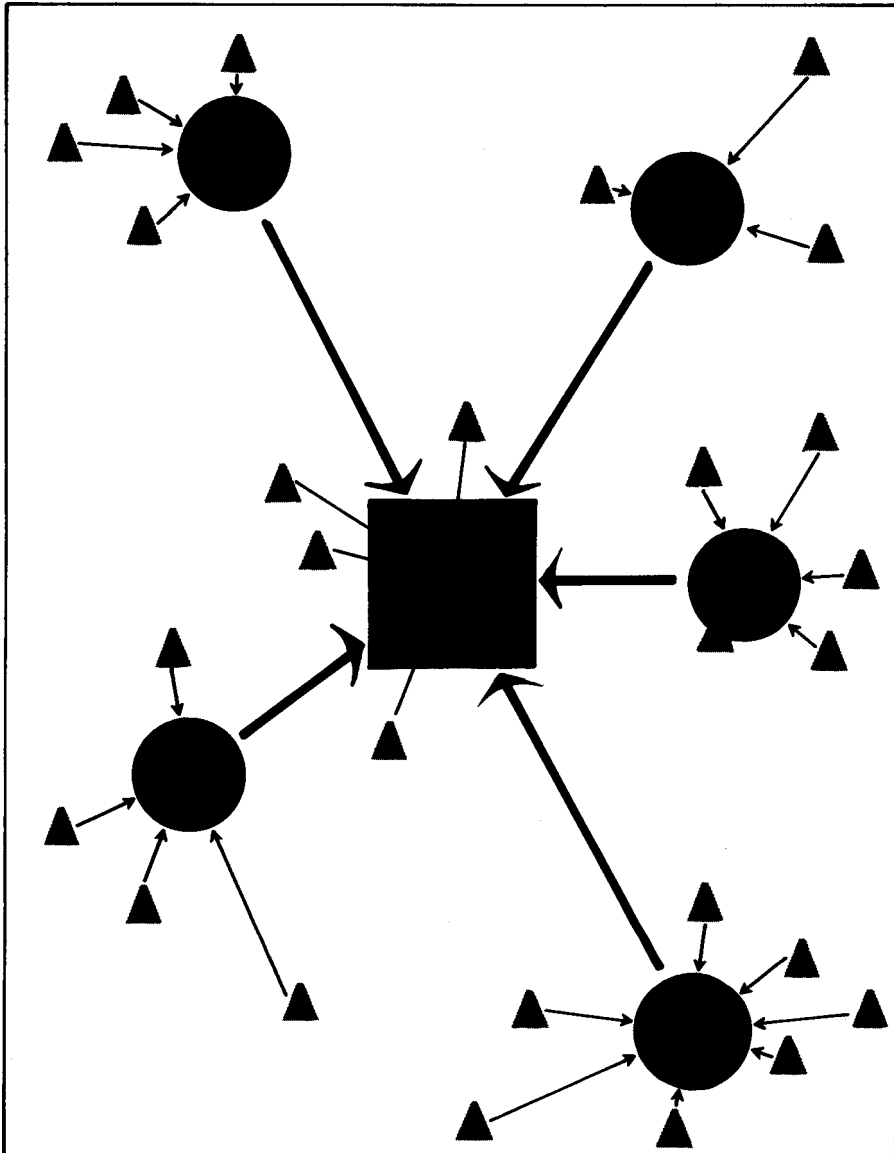
623. Le régime de la santé permet de prévoir comment l'activité des individus et des établissements actuellement intéressés à la distribution des soins pourra être intégrée autour des centres de santé de divers niveaux. Ces centres ne s'identifient plus à des hôpitaux fermés sur eux-mêmes, mais constituent les centres responsables de l'état de santé d'une population déterminée.

624. Ainsi, nous croyons que ces ensembles de centres de santé (schéma V.1) amélioreront la distribution des soins, réaliseront une médecine globale et rendront les soins préventifs, curatifs et de réadaptation accessibles à tous ceux qui en ont besoin. Cependant, l'organisation suggérée doit être très souple de façon à s'adapter continuellement aux besoins changeants de la population et aux conditions et exigences du milieu.

---

<sup>1</sup> Voir le chapitre VI du présent volume : « L'organisation du régime de la santé » et le chapitre XI : « L'enseignement des sciences de la santé ».

## LES CENTRES DE SANTÉ



### LÉGENDE

- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU)
- CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ (CCS)
- ▲ CENTRE LOCAL DE SANTÉ (CLS)



### III. — LA RÉGIONALISATION

625. En plus de s'acquitter de sa tâche principale et de remplir les conditions qui en font un système ouvert, le régime de la santé doit faire face aux situations qui surgissent dans ses relations avec le milieu et être prêt, si celui-ci l'exige, à se transformer rapidement.

626. Ainsi, selon la nature et la quantité des ressources matérielles et des effectifs disponibles, selon les besoins et la demande de soins, selon les réactions du personnel et de la population, le régime doit modifier rapidement non seulement sa façon de procéder mais ses objectifs mêmes. Afin de parvenir à un tel degré de souplesse et d'objectivité, il apparaît essentiel

- 1° que les pouvoirs de décision des divers niveaux du régime correspondent à leur tâche;
- 2° qu'on situe l'orientation et la planification à moyen et à long terme de l'activité du régime à un niveau qui commande suffisamment de ressources pour être souple et qui soit à la fois assez près des problèmes pour les reconnaître rapidement et agir en conséquence;
- 3° qu'on coordonne de façon efficace l'activité des divers niveaux du régime de la santé dans la poursuite de l'objectif de médecine globale et dans le respect des conditions du régime ouvert, de façon à éviter les doubles emplois inutiles, autant que l'inaction dans certains domaines prioritaires.

627. La Commission, au cours de ses visites, s'est rendu compte de la grande diversité des besoins selon les zones et les régions du Québec. Cette diversité entraîne des exigences différentes de la population que le régime de la santé doit respecter dans l'organisation et la distribution des soins.

#### A. — PRINCIPES

628. La régionalisation du régime de la santé répond à la conception globale, à la planification intégrée et à la coordination de ses fonctions multiples dans un territoire géographique délimité<sup>1</sup>. Si l'on veut qu'elle atteigne ses objectifs, la régionalisation doit postuler la décentralisation des décisions relatives au développement et au

<sup>1</sup> Fédération des médecins omnipraticiens du Québec : *Eléments d'une politique de la santé : efficacité — équité — qualité*, Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Québec, juin 1968, p. 18.

fonctionnement du régime de manière à ce qu'elles soient adaptées aux conditions particulières du territoire.

629. La réalisation des objectifs du régime implique, entre autres exigences, la détermination de cadres territoriaux qui permettent le plein accès à tous les soins, la constitution de services intégrés et hiérarchisés et la couverture de la totalité du territoire par l'ensemble de ces soins, une participation aussi étroite que possible des usagers à l'organisation des soins, un rendement économique, enfin, qui corresponde aux ressources financières du Québec. L'application du modèle ouvert, en résumé, exige la régionalisation du régime de la santé.

630. Celle-ci a encore pour but de planifier sur une base intégrée la distribution des soins. Le concept de planification régionale englobe l'ensemble effectifs/installations et non seulement le système hospitalier, comme c'est souvent le cas. Comme nous l'avons déjà mentionné, le concept de planification régionale entraîne également l'intégration, au sein d'un même système de distribution des soins, de toutes les fonctions ou types de soins, c'est-à-dire les soins préventifs, diagnostiques, curatifs et de réadaptation.

631. Elle doit donc s'appliquer à coordonner les divers éléments du régime de soins. L'office régional de la santé doit embrasser l'éventail complet des services de santé, des organismes comme des diverses parties, de manière à réaliser un tout cohérent<sup>1</sup>. Bien qu'il laisse une part considérable de la responsabilité de gestion aux unités de distribution des soins, il ne doit pas isoler, par des structures parallèles, les divers éléments et les ressources variées qui composent le secteur de la santé. La régionalisation apparaît donc comme une politique essentielle de coordination de tous les éléments du régime de la santé et évite en même temps une centralisation excessive de l'ensemble des décisions.

632. Elle permet aux milieux intéressés de prendre des décisions et de s'engager dans les étapes principales qui y conduisent. En effet, la planification part de l'analyse des besoins de santé et y applique les ressources du régime. Ce n'est plus la population qui s'adapte aux organismes, mais les organismes qui s'ajustent de façon souple et rationnelle aux besoins réels de la population. Il faut stimuler une participation plus large aux consultations et aux décisions en vue d'initiatives susceptibles, à long et à moyen terme, de modifier de manière importante et peut-être irréversible un élément du système

---

<sup>1</sup> Pour le rôle de l'organisme régional de la santé (ORS), voir le chapitre VI du présent volume : « L'organisation du régime de la santé ».

de distribution des soins. Cette invitation à la participation s'adresse, en premier lieu, au public consommateur de soins et aussi aux hôpitaux et aux autres éléments du système. Entre ces derniers, il faut assurer des rapports étroits de coordination et de complémentarité qui canalisent les efforts en vue de réaliser l'objectif d'accès aux soins. Le système ne peut, sans risque grave, se refermer sur lui-même et les décisions qui touchent à l'accès aux divers soins, aux normes professionnelles, aux immobilisations et au financement doivent tenir compte des besoins et des priorités de la population en général.

633. Il importe de souligner la relation étroite entre la décentralisation et la participation à la prise de décision. La décentralisation du pouvoir de décision apparaît plus ou moins essentielle selon le contenu donné à l'idée de participation, c'est-à-dire selon les personnes, groupes, organismes, éléments du système au bénéfice desquels s'effectue la décentralisation. Une planification régionale permanente fondée sur les principes de participation et de décentralisation constitue un mécanisme d'adaptation ou d'évolution graduelle et continue du système en fonction des techniques et des besoins nouveaux.

634. Cette conception d'ensemble est essentielle pour un certain nombre de raisons, dont les principales sont <sup>1</sup> :

- 1) la nécessité d'utiliser pleinement et sans double emploi inutile un personnel et des installations dont le haut niveau technique entraîne des dépenses très élevées;
- 2) la nécessité d'avoir une bonne coordination dans l'ensemble de la fonction de distribution des soins, afin d'exploiter au maximum toutes les possibilités de substitution et de complémentarité entre les facteurs;
- 3) la nécessité de considérer la prévention, le diagnostic, le traitement et la réadaptation comme des fonctions diverses à exercer et à intégrer dans un même régime de la santé (personnel et installations).

635. En plus d'assurer une meilleure distribution des soins, la planification régionale augmente l'efficacité du régime : efficacité sociale d'abord, c'est-à-dire diminution des coûts en vue d'atteindre un niveau donné de santé et, aussi, meilleure utilisation du personnel, grâce aux relations fonctionnelles entre les divers niveaux et spécialités.

---

<sup>1</sup> Fédération des médecins omnipraticiens du Québec : *Éléments d'une politique de la santé : efficacité — équité — qualité*, op. cit.

636. Il se dégage un consensus général sur les exigences énumérées ci-dessus et sur le moyen principal de les réaliser, à savoir la planification régionale de la distribution des soins. Les expériences du Royaume-Uni, de la Suède, de la Russie et de certains États américains démontrent qu'un régime capable de poursuivre les objectifs proposés et qui respecte de hautes normes de qualité et utilise au maximum les ressources progresse à partir d'une régionalisation des services. Le ministre britannique de la Santé publiait vers la fin de 1968 un document qui proposait, à des fins d'étude et de discussion, un schéma de réorganisation administrative, non seulement du *National Health Service* mais encore des différents éléments de l'ensemble des services entrant dans un système de santé. Dans son introduction au document le ministre souligne que :

The central theme of this Green Paper must be the unified administration of the medical and related services in an area by one authority, in place of the multiplicity of authorities concerned in the present arrangements<sup>1</sup>.

637. La régionalisation constitue une caractéristique bien établie de l'organisation du régime de la santé en Suède, bien qu'il soit préférable de parler de « décentralisation », puisque l'organisme responsable des soins généraux et spécialisés porte là-bas le nom de « conseil de comté » auquel se superposent des « régions » pour les soins ultra-spécialisés et l'enseignement<sup>2</sup>. Aux États-Unis également, mais dans un contexte fort différent de financement « privé », on a créé, sur une base volontaire, des « conseils de planification du système de la santé » dans un très grand nombre de localités. La législation fédérale américaine a récemment accéléré ce processus par l'offre de subventions à de pareils conseils volontaires et l'établissement par les administrations des États de bureaux officiels de planification des soins<sup>3</sup>; certains États américains (New York, depuis 1964) disposent ainsi de pouvoirs réglementaires pour l'exécution d'un tel programme. L'étude du régime québécois de la santé et l'examen des solutions appliquées ou discutées ailleurs nous convainquent d'établir ici un plan de développement et de coordination qui englobe tout ce qui a trait à la santé publique.

<sup>1</sup> Ministry of Health, *The Administrative Structure of the Medical and Related Services in England and Wales* — A green paper on the National Health Services, Her Majesty's Stationery Office, Londres, 1968, p. 6.

<sup>2</sup> Arthur Engel : « The Swedish Regionalized Hospital System », dans *Regional Hospital Planning, Current Trends in Health Services*, The National Board of Health, Sweden, Stockholm, 1967, pp. 14-28.

<sup>3</sup> Melvin A. Glasser : « Planning for Hospital and Extended Care Facilities », *American Journal of Public Health*, octobre 1967, vol. 57, No 10, pp. 1728-1734.



638. La délimitation du territoire ne correspond pas à des subdivisions politiques rigides, mais s'effectue en fonction des habitudes de consommation et de facteurs techniques déterminant les dimensions optimales de divers types d'unités de soins, compte tenu des coûts inhérents aux distances que doit franchir le malade pour recevoir les soins. La précision du concept de région nous amène à étudier deux ordres de critères : certains, d'ordre technique, particuliers au domaine de la santé, et d'autres, d'ordre général et valables pour différents services publics.

## **B. — CRITÈRES TECHNIQUES**

639. La population et les ressources d'une région donnée conditionnent son autonomie et l'efficacité de l'organisation et de la distribution des soins. Si la population ne peut disposer de ressources et d'effectifs suffisants, elle ne peut mettre en œuvre les mécanismes d'analyse des besoins de la population, adapter les modalités de distribution des soins aux conditions du milieu ni, surtout, être assez flexible pour réaliser une utilisation optimale des ressources disponibles. Une région trop petite n'est en réalité que la division administrative d'une « superrégion » où se situent les véritables pouvoirs de planification et de décision. Par contre, une région trop vaste éloigne l'organisme de planification des problèmes concrets, d'où délais administratifs inutiles et maintien de disparités importantes au sein même de la région. Les principaux critères techniques suggérés sont les suivants :

### **1. — BASSIN DE POPULATION**

640. Selon l'expérience de la plupart des pays, la population d'une région sanitaire atteint un ou deux millions d'habitants en moyenne. La pondération par des critères géographiques et de densité de la population peut cependant justifier des écarts allant de 600,000 à 6,000,000 habitants. Le tableau suivant illustre globalement l'expérience de différents pays et d'un État américain dans ce domaine.

TABLEAU V.1

**Bassins de population des régions sanitaires pour différents pays.**

<i>Pays ou État</i>	<i>Bassin de population</i>
Royaume-Uni <sup>1</sup> . . . . .	750,000 - 3,000,000
Écosse <sup>2</sup> . . . . .	200,000 - 3,000,000
France <sup>2</sup> . . . . .	2,000,000 - 2,700,000
Suède <sup>2, 3</sup> . . . . .	650,000 - 1,500,000
Ville de New York <sup>4</sup> . . . . .	1,500,000 - 2,000,000

**Sources :**

<sup>1</sup> Ministry of Health : *The Administration Structure of the Medical and Related Services in England and Wales*, op. cit., pp. 21-28.

<sup>2</sup> Arthur Engel : « The Swedish Regionalized Hospital System », op. cit., pp. 14-28.

<sup>3</sup> Arthur Engel : « Area Wide Hospital Planning in Sweden » dans *World Hospitals*, octobre 1968, vol. IV, N° 4, pp. 212-216.

<sup>4</sup> Commission on the Delivery of Personal Health Services, Report : *Comprehensive Community Health Services for New York City*, New York, 1967 (Gérard Piel, Chairman).

**2. — CENTRE UNIVERSITAIRE**

641. La planification régionale du régime de la santé suppose une activité constante de recherche appliquée et de recherche-innovation au niveau de la région même <sup>1</sup> afin de découvrir les moyens d'utilisation optimale des ressources et de distribution des soins. Même si le centre universitaire ne doit pas posséder l'hégémonie de décision en matière de planification et de politique de recherche, il n'en demeure pas moins le seul endroit où l'on trouve le personnel qualifié pour la recherche. De plus, nous croyons qu'une des principales applications de l'engagement social de l'université dans le domaine de la santé est l'orientation d'une bonne partie de ses efforts de recherche vers la solution des problèmes d'organisation et de distribution des soins. Enfin, à cause de la rareté du personnel de recherche, il est peu probable que les organismes régionaux de planification attirent et retiennent les services du personnel nécessaire.

642. La solution, au moins pour les cinq ou dix prochaines années, doit conduire à une collaboration intime et permanente entre l'organisme de planification et un centre universitaire, de sorte que les personnes les plus compétentes poursuivent la recherche et l'analyse

<sup>1</sup> On pourra trouver une définition des termes « recherche appliquée » et « innovation », dans le rapport N° 4, p. 7, du Conseil des sciences du Canada, *Vers une politique nationale des sciences au Canada*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, octobre 1968.

des besoins et que la région dispose de toute l'information nécessaire pour la planification et la coordination des activités dans le domaine de la santé. En conséquence, il faut au moins que la présence d'une université offrant la collaboration décrite ci-haut soit un critère de base dans la délimitation des régions.

### 3. — LA DISTRIBUTION DES SOINS COMPLETS

643. La capacité de réaliser l'organisation et la distribution de la gamme complète des soins apparaît comme un troisième critère technique de définition de la région, à l'exception de certains soins très spécialisés pour lesquels la demande ne justifie qu'un ou deux centres de distribution pour l'ensemble du Québec (*v.g.* transplantations cardiaques, greffes rénales). Qu'il s'agisse de la qualité des soins comme de l'efficacité administrative et financière du système, le domaine de l'organisation des soins médicaux s'oriente de plus en plus vers des formules d'intégration et de complémentarité, et vers le remplacement de certains soins et types de personnel par de nouvelles modalités de soins. Pour que ce développement devienne possible au niveau de la recherche et de l'application des nouvelles formules, il est essentiel que le pouvoir de coordination au niveau de la région s'étende à toutes les fonctions d'un régime complet de soins qui inclut prévention, diagnostic, traitement et réadaptation en rapport avec les différents centres de distribution aussi bien que la formation du personnel et l'éducation sanitaire<sup>1</sup>.

644. Encore sur ce point, une région privée d'un niveau de soins et qui ne dispose pas de centre suffisamment important aux points de vue du personnel et de l'équipement n'est en fait qu'une sous-région qui dépend d'un autre centre de décision pour l'intégration complète des soins, pour la planification de certains investissements et pour les prévisions de la main-d'œuvre en fonction des besoins de la population.

645. Un bassin de population d'environ un ou deux millions, la présence d'un centre universitaire et la gamme complète des soins apparaissent donc comme les trois critères techniques fondamentaux pour délimiter une région sanitaire.

### C. — CRITÈRES GÉNÉRAUX

646. Les trois critères d'ordre technique propres à l'organisation des soins situent le noyau et les limites générales de la région sani-

<sup>1</sup> Les attributions de caractère régional trouvent leur application dans la création d'organismes régionaux de santé (ORS). Voir à ce sujet le chapitre VI du présent volume : « L'organisation du régime de la santé ».

taire. Toutefois, afin d'en arriver à un découpage précis du territoire, il faut tenir compte d'une série de critères généraux.

## 1. — LA DISTANCE

647. On évalue la distance à parcourir pour atteindre les différents points de distribution en fonction du temps et des facilités de transport, car le nombre de milles à parcourir a une signification différente selon le temps requis pour franchir la distance et selon les moyens de transport disponibles. À notre connaissance, il n'existe pas de critères rigoureux dans ce domaine. Les études à ce sujet conduisent tout au plus à des ordres de grandeurs qui servent de directives générales.

648. On croit, par exemple, que le temps nécessaire pour se rendre chez un médecin ou à un service d'urgence ne doit pas dépasser 20 à 30 minutes. On doit parcourir la distance à un centre de santé en 60 minutes au maximum. Ces critères ne posent aucun problème dans les milieux urbains et dans les banlieues. Le problème existe cependant dans les régions rurales, surtout lorsque la population est de faible densité. Mais l'existence d'un centre de santé n'offre en soi aucune garantie de soins précis et surtout aucune assurance de qualité des soins, s'il ne peut maintenir un personnel suffisamment compétent et assez nombreux pour répondre à la demande.

649. La population des régions rurales éloignées des centres est beaucoup mieux servie et protégée contre les risques de la maladie, si elle jouit d'un système de transport rapide, par ambulance, par hélicoptère ou avion, qui la relie à un centre de santé. Le grand nombre de petits hôpitaux dont le Québec est doté n'assure pas actuellement la facilité d'accès aux soins pour de nombreux individus des régions rurales. De même, il est plus réalisable, efficace et avantageux pour les individus, de mieux outiller les centres hospitaliers urbains, afin d'augmenter considérablement leur zone d'influence par rapport au territoire et à la population desservie.

## 2. — LA DISTRIBUTION ACTUELLE DE LA CLIENTÈLE DES CENTRES DE SANTÉ<sup>1</sup>

650. Le Québec possède des ressources médicales, des effectifs et un équipement qui, en dépit d'une distribution territoriale inégale et de certains problèmes d'organisation, le placent à un rang honorable dans le domaine de la distribution des soins. Ainsi, la Commission a constaté l'existence de certains réseaux de communications médicales,

<sup>1</sup> Voir R. F. Bridgman : *L'hôpital rural — Sa structure et son organisation*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1954, pp. 61-70 (Série de Monographies, N° 21).

de facilités de consultation et de facilités de transfert des malades. D'ailleurs, le ministère de l'Industrie et du Commerce a tenu compte de l'équipement hospitalier dans la délimitation des zones d'influence et le découpage administratif du Québec.

651. Les pratiques de recours aux soins médicaux reflètent des habitudes et des comportements parfois difficiles à changer. Nous croyons que la délimitation des régions sanitaires doit tenir compte de la distribution actuelle de la clientèle des centres de santé et du comportement général de la population, dans la mesure où les critères techniques de régionalisation ne sont pas mis en question. Toutefois, cette répartition de la population se modifie rapidement si des soins de qualité deviennent plus accessibles. À la suite de ses visites, la Commission a eu l'occasion de s'en convaincre par l'expérience de la régionalisation des soins psychiatriques à Montréal.

652. Cette préoccupation de la réalité est importante tant pour la localisation des installations nouvelles dans les centres existants que pour le choix des nouveaux pôles de santé, qui ne sont pas très différents des pôles généraux définis par l'enquête du ministère de l'Industrie et du Commerce.

### **3. — LE SENTIMENT D'APPARTENANCE RÉGIONALE**

653. Si la distribution de la clientèle reflète des habitudes et des comportements engendrés par l'intérêt financier ou l'attrait de certains centres de santé, elle peut aussi témoigner de la préférence d'une population pour un centre plutôt que pour un autre.

654. Ce facteur est important surtout pour les populations qui habitent les zones ou les localités périphériques des régions. La Commission ne croit pas que ce facteur soit déterminant, si d'autres critères servent par ailleurs à la délimitation des régions. Cependant, on ne peut ignorer le sentiment d'appartenance qui aide à décider de la question lorsque les autres critères fournissent trop peu d'indications. Toutefois, il faut prévoir des courants contraires, afin de freiner les conséquences d'une résistance possible de la population et d'utiliser les moyens de changer ses attitudes.

### **4. — RÉGIONS ADMINISTRATIVES ACTUELLES**

655. La création en 1966 de dix régions et de vingt-cinq sous-régions administratives constitue un effort sérieux en vue de doter le Québec d'une division administrative uniforme pour tous les ministères et les services du gouvernement. Même si plusieurs autres décou-

pages administratifs du territoire sont encore utilisés, la Commission considère que l'arrêté en conseil N° 524 jette les bases d'un système de régions qui respecte les zones d'attraction délimitées par le ministère de l'Industrie et du Commerce. En conséquence, la Commission propose que la carte sanitaire respecte dans l'ensemble la carte des régions administratives. Toutefois, pour des raisons qui sont exposées plus loin <sup>1</sup>, une région sanitaire peut englober plusieurs régions administratives.

#### 5. — L'ÉQUIPEMENT ACTUEL

656. Comme nous l'avons déjà mentionné au sujet de la distribution actuelle de la clientèle, il faut tenir compte de l'équipement sanitaire dans la délimitation des régions et, dans de nombreux cas, prévoir à court et à moyen terme la reconversion ou la désuétude de certaines installations. Cela, toutefois, ne découle pas de la régionalisation, qui n'est en somme que l'occasion de modifications imposées par des facteurs économiques et technologiques nouveaux.

657. Ainsi l'amélioration des réseaux de communication terrestre et aérienne et l'introduction de l'informatique dans le domaine de la santé favorisent nettement le développement de grands centres de santé qui offrent la gamme complète des soins et une meilleure garantie de qualité : ces bienfaits rayonnent sur un territoire beaucoup plus vaste qu'il n'était possible de concevoir il y a dix ou quinze ans. Enfin, les concepts modernes d'organisation des soins préventifs, psychiatriques et gériatriques et du traitement des maladies chroniques entraînent la désaffectation plus ou moins rapide de certains établissements vétustes.

658. Au cours de ce chapitre, la Commission décrit le régime de la santé qu'elle propose. Le chapitre suivant précisera l'organisation et les modalités de fonctionnement des divers établissements et organismes du régime et leurs relations fonctionnelles.

---

<sup>1</sup> 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 ».

## RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

*4.V.3. QUE la réorganisation du régime de la santé au Québec s'inspire d'un modèle conceptuel reposant sur les trois hypothèses fondamentales suivantes :*

- a) le système de distribution des soins se définit en fonction de sa tâche primordiale, à savoir, la réalisation du concept de médecine globale;*
- b) le système de distribution des soins est un système ouvert, c'est-à-dire qu'il utilise toutes les ressources disponibles du milieu et donne en retour des soins adaptés aux besoins de la population;*
- c) le système doit être suffisamment souple pour refléter les besoins changeants de la population et s'adapter constamment aux conditions du milieu.*

*4.V.4. QUE le régime de la santé au Québec soit réorganisé à partir des principes directeurs suivants :*

- a) détermination de niveaux de soins;*
- b) établissement de centres de santé;*
- c) régionalisation des soins.*

*4.V.5. QUE le régime de la santé comprenne les trois niveaux de soins suivants :*

- a) soins généraux;*
- b) soins spécialisés et*
- c) soins ultraspécialisés.*

*4.V.6. QUE tous les médecins engagés dans la distribution des soins généraux soient fortement encouragés à organiser leur travail au sein d'équipes de la santé qui comprennent au moins deux ou trois médecins, des infirmières cliniciennes et quelques infirmières soignantes.*

*4.V.7. QUE les équipes de la santé aient la responsabilité de donner des soins personnels et familiaux, complets et continus, selon le concept de médecine globale, à une population déterminée.*

- 4.V.8. *QU'au sein de l'équipe de la santé, les responsabilités soient déléguées et le travail partagé selon la compétence des membres de l'équipe, de sorte que leur activité soit complémentaire et efficace.*
- 4.V.9. *QUE la distribution des soins spécialisés soit organisée selon le concept de soins gradués.*
- 4.V.10. *QU'en accord avec le concept de médecine globale, la distribution des soins généraux et spécialisés respecte la relation personnelle entre le malade et les membres de l'équipe de la santé, et vise à améliorer le comportement de l'individu dans son milieu de vie naturel.*
- 4.V.11. *QU'en ce qui concerne la distribution des soins ultraspecialisés, la concentration des effectifs et des installations soit favorisée de façon à ce que le volume de soins entraîne une amélioration dans la qualité des soins.*
- 4.V.12. *QUE les effectifs et les ressources actuels dans le domaine de la santé soient groupés autour de trois types de centres de santé :*
- a) *le centre local de santé (CLS);*
  - b) *le centre communautaire de santé (CCS);*
  - c) *le centre hospitalier universitaire (CHU).*
- 4.V.13. *QUE le centre local de santé soit le premier responsable de la distribution des soins généraux.*
- 4.V.14. *QUE le concept d'hôpital général soit remplacé par celui de centre communautaire de santé conçu comme un complexe de services intégrés et adaptés aux besoins d'une population déterminée.*
- 4.V.15. *QUE le centre communautaire de santé soit responsable de la distribution d'une partie des soins généraux et des soins spécialisés.*
- 4.V.16. *QUE le centre communautaire de santé ait la responsabilité d'organiser un réseau complet de soins : prévention, diagnostic, traitement et réadaptation,*



*tant pour les troubles mentaux que pour les troubles organiques.*

*4.V.17. QUE le centre communautaire de santé ait la responsabilité de fournir tous les services de soutien et de consultation aux équipes de la santé desservant la population de son territoire.*

*4.V.18. QUE, en général, les centres offrant des soins ultra-spécialisés soient considérés comme des centres hospitaliers universitaires.*

*4.V.19. QUE le régime de la santé au Québec soit régionalisé et décentralisé.*

*4.V.20. QUE la régionalisation des soins permette l'intégration de tous les établissements, organismes et individus engagés dans la distribution des soins préventifs, curatifs ou de réadaptation, au sein d'un régime complet de soins dont l'objectif ultime est l'amélioration de l'état de santé de la population.*

*4.V.21. QUE les régions sanitaires soient délimitées en fonction des trois critères principaux suivants :*

- a) bassin de population minimal de 600,000 habitants;*
- b) présence d'au moins un centre universitaire;*
- c) autonomie quant à la capacité de fournir une gamme relativement complète de soins.*

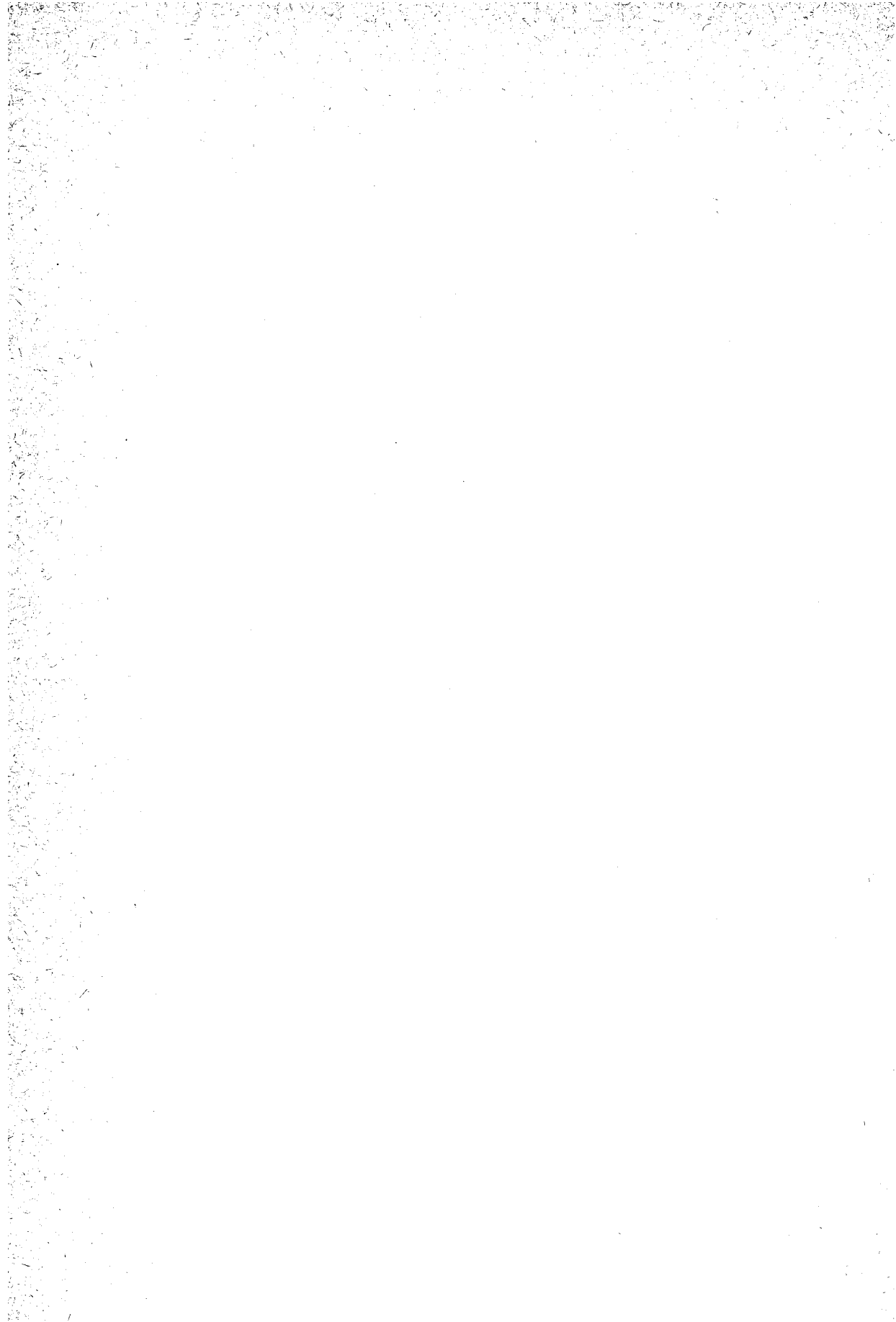
*4.V.22. QUE, dans l'implantation des divers centres de santé, l'application des trois principaux critères de régionalisation soit pondérée en tenant compte des contraintes générales suivantes :*

- a) distance des centres de santé évaluée en fonction du temps mis à la parcourir et des facilités de transport;*
- b) distribution actuelle de la clientèle des centres de santé;*
- c) sentiment d'appartenance régionale;*
- d) régions administratives;*
- e) effectifs et équipement actuels.*



## **Appendices**

---



## APPENDICE V.1

### Définitions de la médecine globale («comprehensive care») selon certains auteurs et rapports de commissions d'études

1. George G. Reader, « The Cornell Comprehensive Care and Teaching Program » dans R. K. Merton, G. G. Reader, P. L. Kendall (édit.), *The Student-Physician*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1957, pp. 81-101.

« On définit la médecine globale à la fois comme la conservation de la santé et comme la prévention et le traitement de la maladie. Elle comporte une surveillance médicale complète et qui se poursuit assez longtemps pour ramener le malade à la santé et à une vie normale grâce à la convalescence et à la réadaptation. »

2. A. M. Lilienfeld et A. J. Gifford, (édit.), *Chronic Diseases and Public Health*, John Hopkins Press, Baltimore, 1966, chap. IV, pp. 184-186.

« La médecine globale est axée sur les soins prodigués au malade selon ses besoins, dans un système approprié, continu et dynamique. On doit l'envisager en tenant compte du malade sous observation. Cela exige une démarche dynamique qui établisse un plan de traitement adapté à ses besoins dès l'examen médical. La médecine globale comporte une pléiade de services requis par le malade et sa famille en cas de besoin seulement. »

3. W. Darley : « Implication of the Institute for the University, the Medical Profession, and the General Public », *Journal of Medical Education*, janvier 1965, vol. 40, N° 1, 2<sup>e</sup> partie, pp. 387-393.

« La médecine globale est un système axé sur les soins à donner au couple personne-famille, et qui les distribue grâce à un personnel bien outillé aux plans professionnel et technique. Grâce à des installations fonctionnelles, le personnel peut donner des soins à un prix compatible avec les ressources individuelles, familiales, régionales et nationales. »

4. New York State Committee on Medical Education : *Report : Education for Health Professions. A Comprehensive Plan for Comprehensive Care to Meet New York's Needs in an Age of Change*, Board of Regents, New York State Education Department, Albany, New York, 1963.

« Il n'y a rien de révolutionnaire ou de complexe dans le concept de la médecine globale. Fondamentalement, c'est l'attention bienveillante et personnelle prodiguée à un individu de sa naissance à sa mort, et qui comprend prévention, dépistage, diagnostic, traitement et réadaptation. C'était le rôle du médecin de famille (et ce l'est encore parfois), dans la mesure de ses connaissances et de ses moyens. »

« Ce qui est nouveau et plus difficile, c'est de faire adopter ce concept par une société urbanisée et par les spécialistes. Il ne faut pas que la distribution des soins médicaux devienne de plus en plus une démarche au hasard, épisodique et impersonnelle, qui renvoie le malade d'un spécialiste à un autre, car les spécialistes ignorent l'influence des facteurs émotionnels et ambiants sur la maladie organique. L'idéal serait d'allier la connaissance profonde et l'habileté du spécialiste à la vaste expérience, à la clairvoyance et à l'attention constante de l'omnipraticien, pour que le malade reçoive uniquement les soins que son état requiert... »

5. *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, vol. I, p. 12.

« La médecine globale comprend tous les soins : prévention, diagnostic, traitement et réadaptation, que la science médicale moderne et les autres sciences peuvent offrir. »

6. William A. MacColl, *Group Practice and Prepayment of Medical Care*, Public Affairs Press, Washington, D. C. 1966, p. 64.

« La médecine globale se conçoit comme la gamme complète des soins : prévention, diagnostic, traitement et réadaptation... »

« Au sens le plus strict, la médecine globale met au service de la personne humaine, sa vie durant, toutes les possibilités de la médecine moderne. La médecine globale veut guérir le malade et le conserver en bonne santé quand il est bien portant. Elle implique d'abord un examen complet, un dossier à jour et un recours facile au médecin. Elle ne doit faire aucune différence entre maladies organiques et

maladies mentales. Elle doit déceler les problèmes de l'émotivité à leur début et appliquer rapidement un traitement approprié. Elle doit tenir compte du milieu ambiant du malade et de son comportement. Il faut que le médecin soit compétent et apte à donner des soins complets et que le malade soit disposé à les réclamer et à en faire usage. »

7. National Commission on Community Health Services : *Report : Health is a community affair*, Harvard University Press., Cambridge, Mass., 1966, p. 18.

« Les services de santé doivent prendre en charge la personne bien portante dès sa naissance et s'efforcer de la garder en santé ou de la soigner quand elle tombe malade. C'est dans ce sens que la Commission emploie l'expression « médecine globale ». Par une planification sérieuse, la société doit développer un système de médecine globale éminent et s'assurer que les soins sont disponibles et accessibles et qu'ils sont donnés dans le respect de la personne humaine. Ce concept de médecine globale doit tenir compte des besoins de tous les groupes d'âge et offrir une gamme complète de soins, allant de l'amélioration de la santé à la réadaptation fonctionnelle du malade. L'éducation sanitaire continue, la planification familiale, un large éventail de mesures de sécurité et tous les services de santé publique offerts dans une région donnée doivent faire partie intégrante d'un programme de services d'immunisation, de dépistage et de nutrition. »

« Des programmes efficaces de médecine scolaire et de santé mentale, de médecine du travail, et de soins dentaires complèteront avantageusement cette politique. Le diagnostic et le traitement précoces de la maladie et la surveillance continue pour le rétablissement le plus complet possible du malade constituent la base de cette philosophie. »

8. National Advisory Commission on Health Facilities : *Report to the President*, U.S. Government Printing Office, décembre 1968, p. 8.

« La Commission définit la médecine globale comme un service de soins offerts aux individus et aux familles lequel comprend quatre éléments essentiels :

- l'éducation sanitaire,
- les soins préventifs,
- le diagnostic et le traitement,
- la réadaptation fonctionnelle et le rétablissement. »

9. S. L. Friedman, A. Coleman : *Preliminary Report to the Development Committee of the Royal Victoria Hospital*, mars 1969, deuxième version, p. 23.

« *La médecine globale* — L'idéal serait qu'on offre des soins médicaux continus à tous les malades : de la vie prénatale à la mort, et dans toutes les phases de santé comme de maladie; qu'on donne tous les soins sous la surveillance d'une équipe de la santé (c'est-à-dire d'un personnel travaillant sous la direction d'un médecin); que cette équipe profite de la compétence des spécialistes qui travaillent ensemble et qui ont accès aux dossiers des malades, et qu'au sein de cette équipe la consultation et la coopération s'organisent dans des conditions exceptionnelles d'émulation et de perfectionnement technique. »

« Pour y arriver, on doit offrir tout un éventail de soins et les rendre les plus accessibles possible. Cela comprend : l'éducation sanitaire, la prévention des maladies et des infirmités (incluant non seulement l'immunisation, mais aussi des programmes alimentaires à l'école et d'hygiène industrielle au travail), le diagnostic (et surtout le dépistage précoce), le traitement et les formes multiples de réadaptation. »



## APPENDICE V.2

### Le concept de modèle

1. Avant d'entreprendre la description du modèle conceptuel d'organisation et de distribution des soins, il est important de préciser le concept de système qui préside à son élaboration. Car l'organisation comme telle offre à la fois une structure de répartition des responsabilités et de division du travail des différents éléments du système et une structure d'assignation des tâches et des fonctions au sein de la communauté. L'interrelation et la collaboration des différentes unités du système dans la poursuite des buts communs est nécessaire à l'élaboration d'un modèle.

2. On utilise plusieurs dénominations ou étiquettes pour désigner les modèles suggérés dans l'organisation des soins à l'échelle d'un pays ou d'une province. Cependant, nous croyons que ces modèles se réduisent essentiellement à deux types de système : le système fermé ou modèle médical et le système ouvert ou modèle social.

3. Le modèle social (par opposition au modèle médical décrit dans le présent chapitre) s'applique parfaitement à l'ensemble de la distribution des soins. Le système de distribution des soins n'est plus considéré comme un système autonome et indépendant qui s'appuie sur quelques autres organismes de soutien, mais comme un système qui reçoit en permanence des ressources de la part de la communauté et qui retourne continuellement le produit de son activité au milieu dans lequel il évolue.

#### Hypothèses

4. Il nous apparaît important à ce stade-ci de formuler les hypothèses de base pour l'élaboration d'un modèle conceptuel d'organisation des soins en pleine évolution.

5. Dans ses travaux sur les modèles conceptuels du genre que nous décrivons ici, le groupe de l'Institut Tavistock retient trois hypothèses fondamentales<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> F. E. Emery, E. L. Trist : « Socio-technical systems », dans C. West Churchman et Michel Vershulst, édit. : *Management Sciences : Models and Techniques*, Proceedings of the Institute of Management Sciences, Paris 1959, Pergamon Press, Oxford, 1960, vol. 2.

- a) L'organisation reçoit sa détermination et sa description par sa tâche primordiale. Afin de survivre, le système doit poursuivre les objectifs ultimes de l'organisation et préciser des groupes de sous-objectifs pour ses parties composantes ou ses sous-systèmes.

Il convient de souligner que le système organisé à partir d'un modèle n'est pas en opposition avec celui qui est organisé en fonction d'un but ultime. La différence essentielle, du point de vue de l'analyste, vient de ce que le système fondé sur un modèle conceptuel met en évidence l'importance de l'analyse du fonctionnement centré sur les produits intermédiaires du système — correspondant à des objectifs intermédiaires clairement établis — au lieu de procéder à l'analyse du produit final uniquement par rapport au but ultime de l'organisation.

- b) L'organisation est un système ouvert, en ce sens qu'elle accepte des entrées (*inputs*) du milieu, les traite et les convertit pour lui retourner un produit (sorties: *outputs*).
- c) L'organisation doit faire face à diverses conditions qui affectent ses relations avec le milieu et peuvent modifier même rapidement ses caractéristiques.

#### **Modèle, instrument d'analyse**

6. Un modèle tel que nous l'avons décrit n'est donc pas un organigramme de l'organisation, ni un photocalque du système. Il est essentiellement un instrument d'analyse du processus de production et un instrument d'évaluation des effets des changements apportés au système. L'analyse du système peut alors s'effectuer à deux niveaux :

- a) dans ses relations avec le milieu (*i.e.* la communauté dans le cas du modèle de distribution des soins). Il s'agit alors d'étudier les entrées dans le système (*inputs*) et les sorties du système (*outputs*) en fonction de la tâche primordiale à accomplir ou, encore, du but ultime à atteindre;
- b) à l'intérieur de ses propres frontières (*i.e.* au niveau des unités de structures et des unités de distribution). On centre alors l'étude sur les sous-systèmes qui se définissent comme l'ensemble des structures concourant à la réalisation d'un processus particulier. Une ou plusieurs unités de structures

forment ainsi le sous-système, et le processus qu'il réalise ou l'objectif intermédiaire auquel il tend l'identifient.

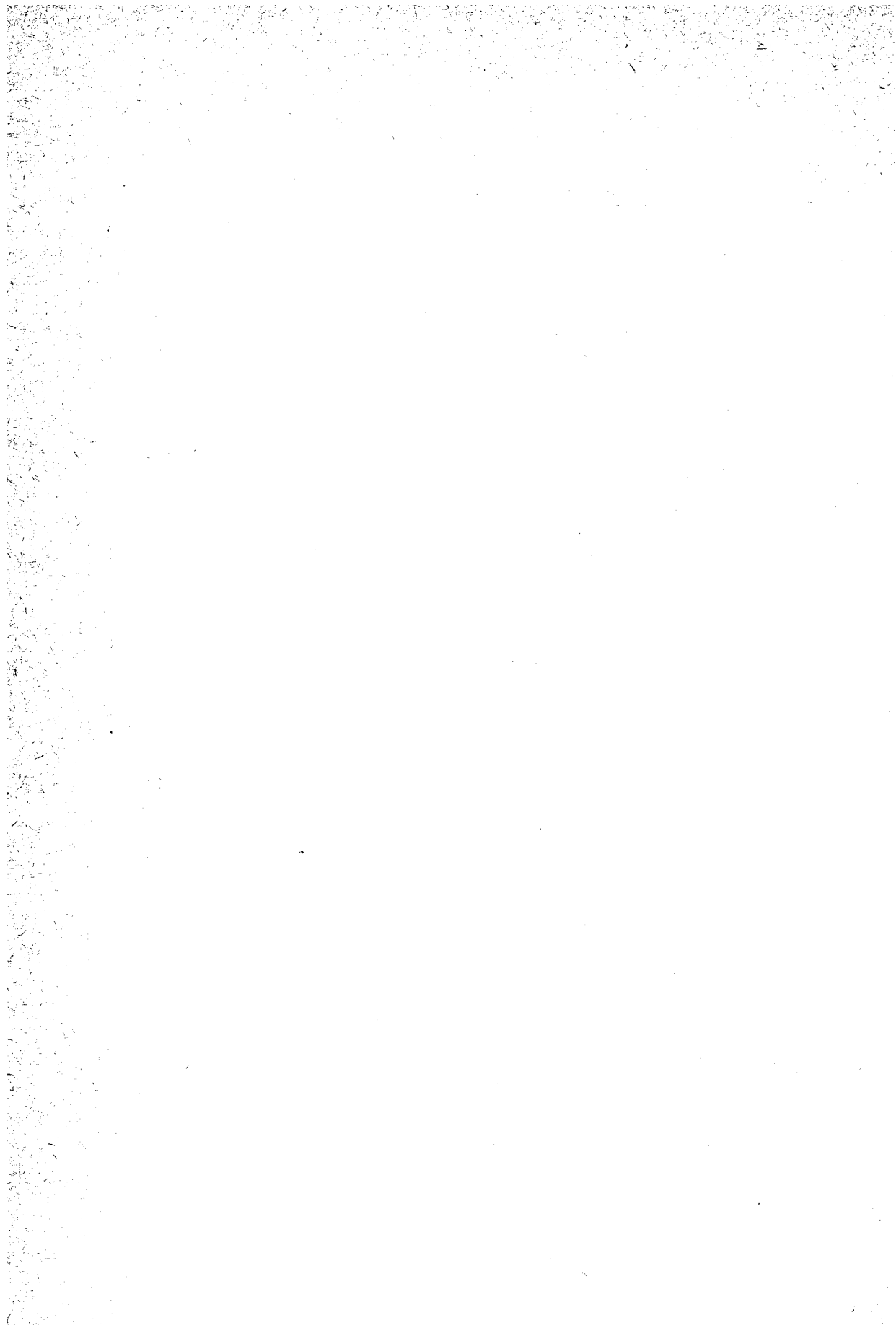
7. Le système de la santé est très complexe et l'analyse doit se faire au niveau des sous-systèmes afin de nous amener à mieux comprendre son fonctionnement. On peut classer les sous-systèmes du système de la santé sous deux titres généraux : (1°) les sous-systèmes de production et (2°) les sous-systèmes d'administration.

8. Les sous-systèmes de production se subdivisent à leur tour en trois groupes principaux : (1°) les sous-systèmes responsables des entrées, tels que l'admission des malades, le bureau du personnel, le service des achats; (2°) les sous-systèmes de production, tels que les différents services de traitement des malades, le service d'enseignement et de perfectionnement du personnel, le service de la recherche; (3°) les sous-systèmes responsables des sorties, tels que le service de placement des malades, les services de diffusion des connaissances médicales auprès de la population, etc.

9. Quant aux sous-systèmes d'administration, ils sont les centres de décision et de contrôle du système et recourent toutes les structures de production.

10. L'étude des sous-systèmes d'entrées et de sorties relève surtout des groupes de recherche sur les effectifs et le financement. On doit faire l'étude des entrées et des sorties de malades dans chaque localité et chaque région en regard des caractéristiques démographiques et épidémiologiques de la population. On réalise l'analyse des sous-systèmes d'administration à la fois par l'étude sur la régionalisation et sur l'administration des hôpitaux. Le modèle de distribution des soins s'attachera donc à l'étude des sous-systèmes de production et spécialement des sous-systèmes responsables du traitement des malades.

11. Il faut reconnaître toutefois une limite importante au modèle, à savoir l'impossibilité à ce stade-ci d'exprimer de façon précise sa valeur quantitative. Dans le chapitre V, nous nous sommes donc bornés à décrire les fonctions des principaux sous-systèmes de traitement et de prévention et à indiquer les relations qu'ils ont entre eux. Nous espérons toutefois avoir présenté un modèle qui donne une meilleure compréhension du fonctionnement de cette industrie qu'est le système de distribution des soins, qui indique certaines améliorations à y apporter et qui permet d'en faire une meilleure évaluation.



## APPENDICE V.3

### Classification des malades selon le concept de soins gradués

#### I. — BREF HISTORIQUE DES SOINS GRADUÉS

1. Une classification des malades selon l'intensité des soins que requiert leur état apparaît comme un changement radical dans l'organisation de l'hôpital. Cependant, la philosophie qui est à la base du concept de soins gradués n'est pas nouvelle en médecine. Il y a plus de cent ans en Angleterre, Florence Nightingale, pionnière des soins infirmiers, plaçait les malades les plus sérieusement atteints près du bureau de l'infirmière alors que les convalescents occupaient les lits situés à l'arrière de la salle. Cette pratique s'est propagée dans presque tous les hôpitaux où les grands malades sont installés dans les chambres situées à proximité du poste de garde des infirmières. De plus, on va même jusqu'à assurer les soins exclusifs et permanents d'une infirmière à un malade pendant la phase critique de sa maladie. Dans plusieurs hôpitaux on a, depuis plusieurs années, organisé des unités de soins intensifs et on tend même à en faire des unités ultra-spécialisées pour les malades victimes d'un infarctus du myocarde ou ceux qui relèvent d'une chirurgie cardiaque.

2. Si le concept même de soins gradués n'est pas nouveau dans sa philosophie de base, il l'est dans son perfectionnement actuel. Aux États-Unis, dans les années cinquante, on a orienté la recherche dans le domaine de l'organisation des soins et l'évaluation de la qualité de la médecine vers une application plus rigoureuse du concept des soins gradués. Depuis environ quinze ans, un grand nombre d'hôpitaux acceptent certains éléments de ce concept dans l'organisation de leurs services. Deux hôpitaux en particulier ont adopté intégralement le concept de soins gradués et en ont évalué les effets sur la qualité des soins et l'efficacité du système : le Manchester Memorial Hospital <sup>1</sup> à Manchester, Connecticut, en 1957, et le McPherson Community Health Center <sup>2</sup> à Howell, Michigan, en 1962. Quoique ces expériences ne soient pas absolument concluantes et que subsistent encore des doutes quant à certaines modalités d'application, les résultats obtenus n'en sont pas moins impressionnants. Ainsi, on peut conclure que la recherche dans ce domaine et l'évaluation scientifique des

<sup>1</sup> H. L. Lockward et al. : *Progressive Patient Care : A Preliminary Report*, op. cit.

<sup>2</sup> John R. Griffith et al. : *The McPherson Experiment, Expanded Community Hospital Service*, op. cit.

diverses formules d'application du système conduiront rapidement à tous les perfectionnements possibles et à une réforme importante du système de distribution des soins hospitaliers. On sait d'ores et déjà que ceux qui en ont fait l'expérience — médecins, infirmières, malades et administrateurs — ont reconnu les avantages importants d'une application plus étendue du concept.

## II. — CONCEPT DE SOINS GRADUÉS

3. En décrivant l'organisation de l'équipe de soins généraux, nous avons insisté sur l'importance d'un service personnel rendu par une équipe choisie et compétente, et sur la prise en charge par cette équipe de l'ensemble des problèmes médicaux et sociaux connexes à la maladie. Dans le même sens, il est important qu'on organise la distribution des soins en milieu hospitalier en fonction des besoins individuels du malade. Les soins gradués constituent en fait un système d'organisation des soins médicaux et infirmiers et des conditions matérielles de l'hôpital, qui procure à chaque malade le maximum de soins et d'attention requis par son état. On atteindra plus sûrement ce but en groupant les malades selon la gravité de leur maladie et l'intensité des soins que requiert leur état.

4. Pour rendre vraiment réalisable et efficace le concept de soins gradués, on ne saurait en limiter l'application à un seul hôpital. Au contraire, il faut l'étendre à l'ensemble du système hospitalier de façon à coordonner tout l'éventail des soins et des ressources au sein d'une communauté ou dans le cadre d'un sous-régime. Il faut que le centre communautaire de santé (CCS) diffère de l'hôpital général traditionnel à plusieurs égards. Notons, à titre d'exemple, que le CCS doit :

- s'intéresser autant au traitement des malades sur pied que l'hôpital actuel au traitement des malades alités;
- s'engager autant dans le traitement des maladies chroniques (maladies mentales, narcomanie et alcoolisme compris) que l'hôpital actuel dans le traitement des maladies aiguës ou des phases de recrudescence des maladies chroniques;
- être aussi disponible pour assister le médecin dans le traitement du malade du centre local de santé (CLS) ou à domicile que l'hôpital actuel qui dispense cette assistance dans le traitement du malade hospitalisé;

- se consacrer autant à la prévention et à l'éducation sanitaire que l'hôpital actuel aux soins curatifs;
- s'engager autant dans la formation du personnel paramédical que l'hôpital actuel dans celle des internes et des résidents.

5. Les hôpitaux, c'est évident, n'offrent pas tous la gamme complète des soins. L'important, c'est que la philosophie de base du concept de soins gradués inspire le réaménagement des unités de soins dans le milieu hospitalier. De plus, il faut tendre idéalement à grouper les petits hôpitaux sous une administration unique autour d'un hôpital plus important, de sorte que le centre hospitalier communautaire constitue un véritable système hospitalier complet et coordonné. Chaque centre hospitalier ainsi conçu se rattache à l'hôpital universitaire de la région afin d'être en relation étroite avec le niveau de soins ultraspécialisés et de bénéficier du rayonnement du centre de recherche et d'enseignement.

### III. — ÉLÉMENTS DU CONCEPT DE SOINS GRADUÉS

6. Le concept de soins gradués est essentiellement dynamique et peut s'appliquer à tous les hôpitaux. Nous présenterons les éléments fondamentaux du concept, et laisserons la porte ouverte quant aux modalités d'application à chaque cas particulier.

7. Le concept de soins gradués compte six éléments fondamentaux : soins intensifs, courants, espacés, de longue durée, à domicile et externes. Dans le cadre du présent travail, nous ne décrirons pas en détail l'organisation de chaque unité de soins, car la Commission a déjà reçu d'un expert consultant un rapport sur chacune. Qu'il nous suffise toutefois de renvoyer à deux ouvrages américains, le premier préparé par le Service de santé publique du ministère fédéral de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être<sup>1</sup>, et le second par le Bureau d'administration hospitalière de l'Université du Michigan<sup>2</sup> : ils apportent de plus amples détails sur l'organisation interne des services, le personnel requis, les installations et la sélection des malades. À dessein, nous limitons la description qui suit aux éléments essentiels de chaque unité de soins.

<sup>1</sup> U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, *Elements of Progressive Patient Care*, op. cit.

<sup>2</sup> Lewis E. Weeks et John R. Griffith, *Progressive Patient Care, An Anthology*, op. cit.

## A. — SOINS INTENSIFS

8. Cette unité, telle que nous la connaissons dans certains hôpitaux de la province, reçoit les malades gravement atteints qui ne peuvent exprimer leurs besoins et dont l'état requiert une surveillance constante et des soins immédiats et intensifs. Citons, à titre d'exemple, les malades victimes de brûlures graves ou de fractures multiples, menacés d'hémorragie gastro-intestinale grave, et ceux qui présentent un syndrome prothrombasique ou relèvent d'infarctus du myocarde. Il faut se le rappeler : seuls les besoins du malade et non la nature de la maladie déterminent son admission à l'unité de soins intensifs.

9. L'unité de soins intensifs doit compter un personnel choisi pour son habileté, ses connaissances et son expérience. Les infirmières doivent être rompues au soin des malades gravement atteints et aptes à reconnaître le moment où l'on doit appliquer des mesures d'urgence et recourir sans délai au médecin; elles doivent avoir démontré qu'elles peuvent mener plusieurs tâches de front, travailler sous une pression presque constante et faire face à des situations d'urgence. Comme les malades gravement atteints requièrent des soins intensifs vingt-quatre heures par jour et sept jours par semaine, le personnel ne saurait varier ni en nombre ni sous l'angle de la compétence.

10. Le personnel requis dépend du nombre de malades dans l'unité de soins intensifs et de la gravité des cas; les malades, il va sans dire, sont généralement hospitalisés. On recommande en général la présence d'une infirmière diplômée et d'une infirmière auxiliaire pour chaque groupe de cinq malades réunis dans un même local.

11. L'organisation matérielle des unités de soins intensifs doit permettre une observation constante des malades. Tous les médicaments et les appareils nécessaires pour répondre aux situations d'urgence s'y trouvent.

12. Certains hôpitaux préfèrent organiser des unités différentes selon la nature de la maladie et de l'affection : par exemple, pour les malades ayant subi une intervention chirurgicale majeure (neurochirurgie, chirurgie cardiaque), les malades victimes d'infarctus du myocarde, les malades infectés. Ce mode d'organisation comporte certains avantages pratiques, mais il faut être conscient que cela peut nuire à la flexibilité et à l'efficacité. Chaque cas doit être étudié selon son mérite, en tenant surtout compte de la demande de chaque



type de soins médicaux ou chirurgicaux. Il importe cependant de faire une exception pour les soins intensifs pédiatriques : sauf dans les endroits isolés des centres urbains, on transporte tout enfant qui requiert des soins intensifs immédiatement au centre hospitalier universitaire (CHU) ou à l'hôpital pédiatrique. Il y trouve alors un personnel et des installations tellement spécialisés qu'il est impossible ou pour le moins improbable que plusieurs hôpitaux offrent ce type de soins dans le même centre urbain ou semi-urbain.

## **B. — SOINS COURANTS**

13. Cette unité de soins convient aux malades qui requièrent un degré modéré de soins et d'attention, et correspond en somme à la majorité des unités de soins hospitaliers actuels. Elle reçoit les malades non gravement atteints qui s'occupent seuls de leurs soins personnels ou ont besoin d'une assistance minime, de même que les malades parvenus à la phase terminale de leur maladie, pour qui le traitement est palliatif ou destiné à soulager la douleur. Nous pensons ici à ceux qui souffrent de pneumonie, pyélonéphrite, cholécystite aiguës, calcul néphritique, ou encore relèvent d'une intervention chirurgicale mineure sans complication (appendicectomie, cholécystectomie, hystérectomie, herniotomie). Aucune justification à la division des malades selon que leur cas relève de la médecine ou de la chirurgie, dans cette unité. Pour des raisons évidentes, les enfants doivent être groupés dans une section distincte de l'unité de soins courants.

14. Le personnel infirmier a principalement pour tâches la surveillance générale des malades, l'éducation sanitaire en rapport avec le problème de chacun, et l'assistance au malade qui recommence à marcher après une intervention chirurgicale ou un alitement prolongé. Il est important de faire une redistribution des tâches, car les soins réclamés peuvent être donnés par des auxiliaires et des aides-infirmières sous la direction et la surveillance d'un nombre restreint d'infirmières diplômées. La plupart des hôpitaux qui en ont fait l'expérience recommandent, pour 25 malades, une ou deux infirmières diplômées assistées de 5 auxiliaires ou aides-infirmières pendant le jour, de 3 le soir et de 2 la nuit.

## **C. — SOINS ESPACÉS**

15. L'unité de soins espacés groupe les malades physiquement et mentalement indépendants. Ces malades sont hospitalisés à des fins de diagnostic, de traitement ou de convalescence qui ne peuvent pas être facilement réalisées à domicile ou à la consultation externe. Ils

veillent seuls à leurs besoins personnels et se déplacent pour obtenir des renseignements, prendre leurs repas ou recevoir leur traitement. À titre d'exemple, mentionnons ici celui qui subit des examens nécessitant des prélèvements sanguins fréquents et réguliers pendant quelques jours ou des collectes urinaires toutes les 24 heures; le nouveau diabétique qui subit plusieurs examens pour l'équilibre de sa glycémie et se familiarise avec une diète précise et l'administration de son insuline; celui qui suit une série intensive de traitements de radiologie ou de physiothérapie; le convalescent qui, à la suite d'un infarctus du myocarde se repose, se distrait et apprend graduellement, sous surveillance, les exercices qu'il peut tolérer; celui qui relève d'une intervention chirurgicale pour un cancer intestinal et qui doit demeurer à l'hôpital quelques jours de plus pour se familiariser avec l'entretien d'une colostomie; enfin, celui qui souffre de troubles émotionnels légers.

16. Le personnel infirmier assure une surveillance générale des malades, prépare leur horaire individuel et leur indique où se rendre pour obtenir leurs traitements. En étroite collaboration avec les médecins, il apprend aux malades à vivre avec une maladie chronique (hypertension, maladie coronarienne) et les prépare à reprendre une vie normale dans les limites de leurs capacités. Comme il y a peu de traitement à faire au sein même de l'unité de soins espacés, le personnel, en nombre réduit, doit avoir une formation spéciale en éducation sanitaire et en santé publique, car il enseigne et applique les techniques de prévention secondaire ou tertiaire. En somme, une infirmière diplômée, assistée d'une infirmière auxiliaire ou d'une aide-infirmière et d'une secrétaire ou d'un commis de bureau, peut facilement s'occuper de 25 malades à la fois.

TABLEAU V.3.1

Quantité et type de personnel dans les unités de soins gradués

	<i>Infirmières diplômées</i>	<i>Auxiliaires ou aides-infirmières</i>	<i>Malades</i>
Soins intensifs . . . . .	1	1	5
Soins courants . . . . .	1 ou 2	5 (jour)	25
Soins espacés . . . . .	1	1 (+ 1 sec.)	25
<i>Total</i> . . . . .	3-4	7 (+ 1 sec.)	55

#### D. — SOINS DE LONGUE DURÉE

17. Cette unité se consacre aux malades qui ont besoin de soins médicaux et infirmiers spécialisés ou de rééducation fonctionnelle pour une longue période de temps. Il s'agit de malades pour qui on entretient très peu d'espoir d'amélioration ou même de survie, ou bien de malades dont le pronostic de récupération complète est excellent. Tous, cependant, ont en commun ce besoin de soins spécialisés qu'ils ne peuvent recevoir à la consultation externe ou à domicile et qui doivent être administrés pendant une période de temps prolongée, par exemple trente jours. Parmi ces malades, on rencontre un amputé des membres inférieurs qui attend la guérison complète de sa plaie et apprend à se servir d'une prothèse; un malade souffrant d'arthrite rhumatoïde grave de sorte qu'il ne peut subvenir seul à ses besoins, mais pour qui des soins appropriés et une certaine rééducation fonctionnelle signifient plus de confort et une plus grande activité; un accidenté qui traverse la phase aiguë et cruciale de sa maladie et qui, devant porter un spica, a besoin de soins assidus pour ses déplacements et son alimentation; un malade âgé souffrant d'insuffisance cardiaque qui suit une diète stricte et prend une médication régulière.

18. L'unité de soins de longue durée exige un personnel compétent et divers spécialistes, capables de répondre à tous les besoins d'ordre médical, social ou psychologique. En plus de spécialistes en réadaptation fonctionnelle et en gériatrie, cette équipe compte des membres capables de prodiguer aux malades le réconfort moral et psychologique et l'éducation sanitaire et dispose d'un personnel spécialisé en physiothérapie, en ergothérapie et en radiologie.

19. Il est difficile de préciser la quantité de personnel infirmier requis, car les unités de soins de longue durée varient beaucoup de l'une à l'autre selon le type de malades qui y sont traités. Soulignons toutefois que ces malades reçoivent régulièrement des traitements actifs (palliatifs, curatifs ou préventifs) et ne sont surtout pas hébergés et entretenus dans la passivité. Les tâches comprennent surtout l'entretien physique, le transport ou l'assistance aux malades dans leurs déplacements et dans l'accomplissement d'exercices, de sorte qu'une bonne partie du personnel n'a pas besoin de préparation spéciale. L'expérience du McPherson Community Health Center révèle que le rapport entre le personnel non professionnel et professionnel est beaucoup plus élevé dans cette unité que pour les soins courants ou même espacés. On estime que chaque malade requiert en moyenne cinq heures de soins par jour<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> John R. Griffith *et al.* : *The McPherson Experiment, Expanded Community Hospital Service*, *op. cit.*, pp. 179-203.

## E. — SOINS À DOMICILE

20. Les soins à domicile sont une extension à la communauté des soins offerts par le CCS et les CLS. Le premier comité national américain qui a inventorié les services existants et étudié l'organisation des soins à domicile en a formulé la définition suivante :

A coordinated Home Care Program is one that is centrally administrated and through coordinated planning, evaluation and follow up procedures, provides for physician-directed medical, nursing, social and related services to selected patients at home <sup>1</sup>.

21. Le consensus se maintient quant aux éléments essentiels de la définition :

- un seul organisme assume la responsabilité du programme;
- une équipe permanente coordonne les ressources humaines et matérielles de la communauté, organise des réunions régulières pour l'évaluation des besoins des malades soignés à domicile, et assure la coordination des horaires de chaque malade;
- la direction et la surveillance de tous les soins procurés au malade demeurent sous la responsabilité du médecin traitant.

22. Les malades doivent être choisis selon des règles et des normes précises. L'*American Hospital Association* suggère les critères minimums d'acceptation suivants <sup>2</sup>

- la situation familiale du malade garantit la présence d'une personne de la famille — ou l'équivalent — qui peut lui donner les soins minimums;
- le type de maladie ou d'infirmité dont souffre le malade ne requiert pas les soins fournis aux malades hospitalisés;
- les besoins du malade peuvent être satisfaits avec compétence par le programme de soins à domicile.

23. Rappelons que le service de soins à domicile constitue un sous-système, au même titre que les autres unités de soins gradués et

<sup>1</sup> *Proceedings of Workshop on Home Care Services*, Chicago, Ill., 20-22 avril 1961.

<sup>2</sup> *Principles of Administration of Hospital Based Coordinated Home Care Programs*, American Hospital Association, Chicago, Ill., 1961.

que l'équipe de la santé du CLS. Il importe donc que l'unité de soins à domicile ne fasse pas double emploi avec le CLS, mais joue un rôle de soutien et d'assistance. L'unité fournit au médecin traitant et à son malade les services dont dispose l'hôpital, tels que l'assistance dans les soins infirmiers, les services de diététique, la physiothérapie, l'ergothérapie et les services de biologie médicale (EGG et autres semblables). Comme le médecin traitant demeure responsable de son malade, c'est lui qui prescrit les traitements à donner. Le médecin qui dirige le service des soins à domicile doit travailler en collaboration avec le médecin traitant et décider avec lui de l'admission et de la sortie du malade, de même que de son évolution. Il a cependant autorité pour appliquer les règlements et normes établis lors de la sélection des malades et au cours de l'évolution du traitement.

24. Soulignons, enfin, que chaque malade accepté par l'unité de soins à domicile a l'assurance d'être admis sans délai dans la section de soins hospitaliers si son état l'exige. Il s'agit là d'une condition importante pour garantir la qualité et la continuité des soins et gagner la confiance et la collaboration des malades.

#### **F. — SOINS EXTERNES**

25. Les soins externes prolongent les services du CCS à la population. La remarque faite pour le service de soins à domicile vaut pour le service externe, à savoir que celui-ci ne remplit pas le rôle d'unité de soins généraux pour des groupes socio-économiques de la communauté, comme c'est le cas actuellement dans la plupart des consultations externes.

26. L'organisation actuelle des consultations externes correspond à une série de canaux différents et non reliés les uns aux autres vers lesquels on dirige les malades selon leur maladie. Si un malade se rend à la consultation pour deux ou trois troubles pathologiques (diabète, insuffisance cardiaque, troubles visuels...), on le dirige vers autant de services différents; un médecin et une équipe médicale différents dans chaque service l'examinent et lui fixent des rendez-vous indépendamment, et cela, même si l'insuffisance cardiaque et les troubles visuels sont des complications du diabète. Lorsque des membres d'une même famille se rendent à la consultation externe pour des soins généraux, ils voient des médecins différents, de sorte que les causes communes de leur maladie ou les éléments communs du traitement (facteurs d'ordre émotionnel, alimentaire...) risquent de passer inaperçus ou de donner lieu à des recommandations différentes sinon contradictoires.

27. Ces situations sont familières à ceux qui ont une expérience, même limitée et brève, des consultations externes, comme malade, médecin ou infirmière. Une telle conception de l'organisation des soins s'oppose diamétralement au concept de médecine globale qui implique une relation personnelle et continue entre le malade et l'équipe de la santé.

28. En retirant les soins généraux aux consultations externes, on ne diminue pas du tout leur importance, mais bien au contraire, on libère l'espace et le personnel pour permettre aux consultations externes d'établir et de maintenir un lien essentiel entre les unités de soins généraux et le CCS. Le rôle du service des soins externes est complémentaire à un double point de vue :

- (1) d'une part, il offre des soins que les unités de soins généraux ne peuvent offrir, à savoir
  - a) les soins d'urgence, et
  - b) les soins de jour ou de nuit (hospitalisation d'une journée ou d'une nuit) ;
- (2) d'autre part, il offre certains types de soins qu'il est plus avantageux, du point de vue de la qualité et de l'efficacité, de donner à l'hôpital ou qu'il est nécessaire de centraliser à l'hôpital, à cause de la rareté des appareils et du manque de personnel compétent. Par exemple,
  - c) les consultations spécialisées,
  - d) les services médico-techniques de diagnostic et de traitement,
  - e) les consultations de dépistage, et
  - f) la médecine scolaire.

#### 1. — LES SOINS D'URGENCE

29. Les soins d'urgence sont disponibles vingt-quatre heures par jour, sept jours par semaine et réservés aux véritables urgences médicales et chirurgicales. Cela est possible si les omnipraticiens exercent en équipe et prennent leurs responsabilités, de sorte qu'un membre de l'équipe de soins généraux soit toujours disponible pour répondre aux urgences.

30. Les services d'urgence disposent d'un personnel compétent et bien entraîné pour ce genre de travail, de même que de toutes les fa-

cilités de traitement nécessaires à la distribution rapide des soins surtout s'il s'agit de sauver la vie d'un malade. On dirige par la suite celui-ci, suivant ses besoins et son état, vers l'unité de soins intensifs ou une unité de soins courants; on le garde encore sous observation pendant vingt-quatre heures ou on le retourne à son domicile pour être confié à son médecin traitant.

31. Le service d'urgence compte constamment sur au moins un médecin, normalement attaché à l'une des unités de soins généraux de la localité. Ainsi, toute personne qui n'a pas déjà son médecin de famille peut recourir aux services du médecin de garde.

## **2. — LES SOINS DE JOUR OU DE NUIT (HOSPITALISATION D'UNE JOURNÉE OU D'UNE NUIT)**

32. Un local attenant à la salle d'urgence permet de garder des malades sous observation quinze à vingt-quatre heures avant de décider de les hospitaliser ou de les renvoyer à leur domicile. Bénéficient d'abord de cette forme d'hospitalisation certains malades qui se rendent directement au service d'urgence pour une consultation, ou recourent également à cette forme d'hospitalisation d'une journée ou d'une nuit, les malades que le médecin de famille doit garder sous observation quelques heures (vingt-quatre heures au maximum) avant de prendre une décision. Les malades séjournent alors à l'hôpital sous la responsabilité de leur médecin traitant, mais s'il survient une urgence pendant la période d'observation (*v.g.* hémorragie), le médecin de garde au service d'urgence s'en occupe et prend les décisions qui s'imposent.

33. Un tel service assure aux malades une meilleure qualité de soins et permet d'éviter plusieurs consultations au service d'urgence et même plusieurs hospitalisations inutiles.

## **3. — LES CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES**

34. Les consultations spécialisées reçoivent sur rendez-vous les malades qui y sont adressés par leur médecin personnel. Un spécialiste y examine les malades et transmet par la suite son diagnostic ou ses recommandations au médecin traitant. Le plan du traitement est discuté entre le médecin traitant et le médecin consultant, et il leur appartient de décider qui suivra le malade.

## **4. — LES SERVICES MÉDICO-TECHNIQUES DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT**

35. Les services médico-techniques de diagnostic et de traitement permettent au médecin traitant de prendre un rendez-vous à l'hôpital pour son client afin de lui faire subir un examen particulier (rayons X, scopie) ou de lui faire donner un traitement spécialisé (physiothérapie, chirurgie mineure).

36. Certains services diagnostiques consistent en des méthodes de décompte sur le sang ou les urines ou les cytologies cervico-vaginales, et le prélèvement de l'échantillon fait au bureau du médecin est expédié à l'hôpital. On congèle facilement et économiquement ces échantillons sanguins et urinaires, et un service de transport de l'hôpital en fait la collecte une ou deux fois par jour. On communique le résultat par téléphone au médecin traitant le jour même ou le lendemain et, les jours suivants, on le lui confirme par écrit, et automatiquement on en fait l'inscription au dossier du malade à l'hôpital.

37. Dans le cas des traitements et de certains examens diagnostiques, il y a lieu de définir clairement les critères qui permettent de décider quels traitements sont faits avec ou sans consultation spécialisée préalable.

#### 5. — LES CONSULTATIONS DE DÉPISTAGE

38. Chaque centre hospitalier détermine le processus de l'examen courant annuel (*check up*). Les responsables de la consultation de dépistage s'assurent que chaque personne dont l'hôpital possède le dossier est avisée, par l'intermédiaire de son médecin traitant dans la mesure du possible, du moment où elle doit se présenter pour un examen courant. Le médecin traitant fait à son cabinet l'examen physique et les prises de sang et d'urine (formule sanguine, glycémie, examen bactériologique). Il prend par la suite rendez-vous au service des consultations spécialisées pour que l'intéressé subisse les autres examens (examen radiologique des poumons, rectosigmoïdoscopie, E-C.G.). La consultation de dépistage informe le médecin traitant des résultats, fait les recommandations nécessaires et porte au dossier de la personne les rapports finals.

39. De plus, la consultation de dépistage organise de véritables examens de dépistage (*screening*) selon les problèmes particuliers de la population desservie. On avise le médecin traitant quand l'examen de dépistage est positif chez un de ses clients et il a la responsabilité de communiquer avec lui pour faire les examens de contrôle et prendre les mesures nécessaires par la suite. On collige les résultats positifs ou négatifs des examens de dépistage et on les porte au dossier individuel de chaque personne.

#### 6. — LA MÉDECINE SCOLAIRE

40. Dans les endroits où la population d'âge préscolaire et scolaire est importante, le CCS organise un service permanent de médecine scolaire. Idéalement, tout enfant d'âge préscolaire ou scolaire voit



son médecin de famille une fois par année; toutefois, l'éducation est encore à faire sur ce point. De plus, il faut prévoir que les médecins de famille sont littéralement débordés, car toutes les consultations pour ces examens préventifs courants surviennent souvent à la même époque de l'année. Il y aurait des avantages certains à uniformiser ces examens.

41. Le personnel spécialisé du service de médecine scolaire, qui comprend médecins et infirmières du CCS, fait les examens dans les écoles qui mettent des locaux à sa disposition. Dans le cas où un examen est positif, le médecin du service communique avec les parents pour adresser l'enfant à son médecin de famille, s'il en a un, traite l'enfant lui-même dans le cas contraire, ou encore prend un rendez-vous pour lui au service des consultations spécialisées (*v.g.* troubles visuel, auditif, orthopédique).

42. Le service de médecine scolaire s'assure finalement que le médecin traitant ou son propre personnel fait le traitement continu ou la relance (*follow up*) selon le cas et qu'on porte les résultats de l'examen et du traitement au dossier personnel de l'enfant. Celui-ci a dès l'âge préscolaire un dossier personnel à l'hôpital, qu'on complète graduellement les années suivantes et qui constitue une source précieuse de renseignements lors d'une consultation ou d'une hospitalisation subséquente.

43. En terminant cette partie qui porte sur les éléments des soins gradués, il est nécessaire de rappeler que nous n'avons pas décrit un ou des établissements hospitaliers et qu'au stade actuel nous n'avons pas discuté d'organisation matérielle. Car nous sommes convaincus qu'on ne peut aborder utilement ces dernières questions que lorsqu'on a bien compris et accepté les concepts fondamentaux. De plus, l'organisation matérielle peut et doit même être fort différente d'une région à l'autre et même d'une localité à l'autre.

44. Il est de la première importance de retenir les notions fondamentales suivantes :

- le concept de médecine globale et intégrée se traduit par des soins de haute qualité, personnels, continus et accessibles à tous;
- le système est responsable de toute la population et offre une gamme complète de soins;

- l'administration unique de chaque CCS est conçue comme un système hospitalier (*i.e.* organisation administrative des structures et des sous-systèmes au niveau des soins spécialisés);
- la définition d'une personnalité juridique précise pour le système hospitalier, qui inclut devoirs, pouvoirs et relations avec les autres sous-systèmes et avec la communauté, est une condition essentielle;
- l'organisation des sous-systèmes au niveau des soins spécialisés est réalisée selon le concept des soins gradués;
- les relations et la coordination du CCS (niveau de soins spécialisés) avec les CLS (niveau de soins généraux) et avec le CHU (niveau de soins ultraspecialisés) est une autre condition essentielle;
- l'établissement d'un dossier unique personnel et familial, au moins au niveau de chaque région, est partie intégrante du système.

45. Une fois ces concepts discutés et acceptés, on considère différentes modalités d'application. Par exemple :

- l'établissement d'une ou de plusieurs unités de soins généraux à l'intérieur du complexe hospitalier, selon les conditions particulières du personnel médical et paramédical des unités de soins généraux et selon les besoins de la population;
- l'organisation de consultations à l'extérieur de l'hôpital et offrant tout ou partie des services externes dans des régions éloignées où il n'apparaît pas nécessaire et économique d'établir un système plus complet;
- des modalités d'intégration et de participation des médecins de famille et des médecins consultants aux différents sous-systèmes hospitaliers.

46. Dans la mesure où l'on comprend et respecte les éléments essentiels de la médecine globale et intégrée, toutes les modalités d'application et toutes les combinaisons imaginables deviennent possibles. Il est même souhaitable que la souplesse du système permette d'expérimenter diverses formules de distribution des soins, en tenant

compte des caractéristiques de chaque population et des ressources disponibles. Il faut cependant prévoir, dès le début, des méthodes d'évaluation continue et graduelle des diverses expériences, afin d'analyser et de comparer leurs effets sur la qualité et l'efficacité des soins.

#### **IV. — CRITÈRES DE CLASSIFICATION ET D'ÉVALUATION**

47. Le concept des soins gradués est un concept dynamique. Deux conditions sont essentielles à son application :

- a) une bonne classification des malades selon des critères objectifs pré-établis afin de permettre une évaluation complète des besoins de chacun ;
- b) une évaluation régulière des besoins individuels des malades afin de permettre leur transfert sans délai dans l'unité de soins appropriée.

48. Dans l'évaluation des malades pour une première classification et pour le changement d'unité, on doit reviser les principaux aspects de leurs besoins et par la suite relier ceux-ci aux conditions spécifiques des unités de soins. On évalue les besoins sous trois aspects :

- a) les besoins de soins médicaux et infirmiers, compte tenu des prises de température, de pression artérielle, de rythme cardiaque et respiratoire, de l'existence ou des risques d'hémorragie, de l'état de conscience, du degré d'orientation, des besoins d'isolement ;
- b) les besoins d'assistance physique pour la toilette du malade, ses repas, le mobilier ;
- c) les besoins techniques ou d'appareils spéciaux pour l'oxygénothérapie, les transfusions, les suctions et drainages, la respiration artificielle, les défibrillations.

49. Cette liste, donnée dans les références déjà citées, n'est pas exhaustive et doit être adaptée aux conditions de chaque centre hospitalier et intégrée aux différents niveaux de soins hospitaliers.

50. Nous donnons au tableau V.3.2 la liste d'évaluation suggérée par le *U.S. Public Health Service* à titre d'exemple de classification des malades selon leurs besoins. Un facteur majeur (A) ou quatre

TABLEAU V.3.2

## Classification des malades selon l'intensité des soins que requiert leur état

Critères d'appréciation de la santé du malade		Classification du malade		
		<i>Soins intensifs</i>	<i>Soins courants</i>	<i>Soins espacés</i>
Température, P.A. pouls et tension artérielle	Plus fréquent que Q4h . . .	A	C	C
	Au-dessous de Q4h . . . . .	—	—	—
Hémorragie	Constante-Imminente . . .	A	C	C
	Enrayée . . . . .	B	B	B
	Aucune . . . . .	—	—	—
Stimulants	Nécessaires . . . . .	—	—	C
	Inutiles . . . . .	—	—	—
Etat de conscience	Inconscient-agité . . . . .	A	C	C
	Inconscient-passif . . . . .	B	B	C
	Conscient . . . . .	—	—	—
Isolement	Oui . . . . .	—	—	C
	Non . . . . .	—	—	—
Vomissement	Permanent . . . . .	B	—	C
	Intermittent . . . . .	B	B	—
	Aucun . . . . .	—	—	—
Activité motrice	Trop actif . . . . .	—	—	C
	Amorphe . . . . .	—	—	C
	Normal . . . . .	—	—	—
Disposition de l'esprit	Euphorique . . . . .	—	—	C
	Déprimée . . . . .	—	—	C
	Normale . . . . .	—	—	—
Esprit	Confus . . . . .	—	—	C
	Lucide . . . . .	—	—	—
Soins corporels	Par l'infirmière . . . . .	B	—	C
	Avec une aide . . . . .	B	B	C
	Douche . . . . .	—	—	—
Utilisation du cabinet de toilette	Interdiction . . . . .	B	—	C
	Avec une aide . . . . .	—	B	C
	Autorisation . . . . .	—	—	—
Mobilité physique	Alité . . . . .	B	B	C
	Besoin d'aide pour s'asseoir ou marcher . . .	—	B	C
	Sur pied . . . . .	C	—	—
Alimentation	Ne s'alimente pas seul . .	B	—	C
	S'alimente seul . . . . .	—	B	C
	Va ou peut aller à la salle à manger . . . . .	C	—	—
Besoin d'oxygène	Nécessaire . . . . .	B	B	C
	Inutile . . . . .	—	—	—
Transfusion	Nécessaire . . . . .	B	B	C
	Inutile . . . . .	—	—	—
Succion	Nécessaire . . . . .	B	—	C
	Inutile . . . . .	—	—	—

Légende : A - Absolument indiqué; B - Modérément indiqué; C - Contre-indiqué.

Source : U. S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service :  
Elements of Progressive Patient Care, op. cit.

facteurs mineurs (B) assignés à un malade se classent dans l'unité de soins intensifs. Un ou deux facteurs mineurs (B) suffisent pour admettre un malade à l'unité de soins courants. Une contre-indication (C) dans la colonne des soins espacés indique que le malade ne doit pas être admis dans cette unité.

## **V. — L'ORGANISATION DES SOINS GRADUÉS**

51. L'organisation des sous-systèmes hospitaliers, selon le concept des soins gradués, implique plusieurs changements importants dans les structures, pour le personnel et pour les malades. Il apparaît important qu'on planifie et prépare soigneusement l'organisation au niveau de l'hôpital, et à plus forte raison au niveau d'un système hospitalier incluant la coordination des services entre plusieurs établissements. Même s'il est impérieux de procéder à une nouvelle orientation des services hospitaliers, il ne faut pas tomber dans l'excès contraire et compromettre le succès de l'entreprise par un manque de prévision et de planification.

52. Les études effectuées dans ce domaine et les expériences des dernières années permettent d'élaborer les principes fondamentaux de la réorganisation des services hospitaliers. Ces principes comprennent :

- l'étude approfondie du concept des soins gradués et la motivation du personnel médical et paramédical en vue de l'adoption du concept;
- l'organisation d'un travail d'équipe impliquant tous ceux qui détiennent des postes de décision et d'influence;
- l'évaluation des besoins de la population desservie par l'hôpital et l'estimation des coûts et des prévisions de main-d'œuvre;
- l'établissement d'une politique précise incluant la définition des objectifs, des normes et des processus d'application;
- l'information de la population en général et des malades en particulier avant et pendant les changements.

53. Nous reproduisons au tableau V.3.3 une liste des étapes suggérées pour l'organisation des soins gradués selon les principes que nous venons d'énumérer. Il est entendu que chaque hôpital ou chaque région établit son programme d'étapes à franchir. La liste que nous donnons à la fin du présent appendice nous apparaît cependant intéressante à titre d'exemple.

## TABLEAU V.3.3

### RÉCAPITULATION SOMMAIRE DES PRINCIPALES ÉTAPES CONDUISANT À L'ÉTABLISSEMENT D'UN PROGRAMME DE SOINS GRADUÉS

#### 1 — Travaux préliminaires:

- a) examiner toute la documentation portant sur le sujet;
- b) visiter les hôpitaux où existe déjà un programme de soins gradués;
- c) analyser les problèmes existants et étudier les avantages d'un programme de soins gradués.

#### 2 — Prévoir des discussions élaborées avec le personnel hospitalier et les membres du conseil d'administration, en vue d'approfondir la question :

- a) tenir des séances d'étude et d'orientation pour les médecins, les infirmières et les autres membres du personnel. Grâce à l'action du groupe, déterminer dans quelle mesure on doit adopter un programme de soins gradués;
- b) mettre au point, avec la collaboration du personnel, un programme bien défini et le présenter au conseil d'administration. Les sujets à discuter doivent comprendre entre autres :
  - 1) les principes et les objectifs de chaque unité de soins;
  - 2) les politiques et les méthodes opérationnelles;
  - 3) une estimation du nombre de lits et des changements à prévoir dans la conception du programme et dans l'utilisation du matériel;
  - 4) l'établissement d'un devis estimatif des coûts et des moyens de financement.

#### 3 — Après entente entre le conseil d'administration et le personnel hospitalier, établir les principes et les objectifs de chaque secteur de soins :

donner par écrit un exposé détaillé des principes, des objectifs, du champ d'activité et des responsabilités de chaque unité de soins.

#### 4 — Établir les politiques et les méthodes opérationnelles :

- a) former un comité directeur et des sous-comités qui mettront au point les processus et les méthodes détaillées ainsi que les mesures d'exécution du programme;
- b) établir les critères et les méthodes d'admission et de transfert des malades;
- c) prévoir une évaluation périodique de l'activité de chaque unité de soins, pour s'assurer que l'on atteint les objectifs;
- d) prévoir une évaluation méthodique de la qualité des soins individuels, y compris des consultations;
- e) mettre au point les diverses formules imprimées nécessaires pour les archives;
- f) déterminer les méthodes à employer pour l'évaluation quotidienne des malades. (Le personnel médical détermine les critères à utiliser pour apprécier l'état de santé de chaque malade et décider si le malade reste dans la même unité de soins, s'il est transféré dans une autre, ou encore s'il quitte l'hôpital);
- g) dans chaque unité de soins, prévoir les modifications à apporter aux soins pour répondre aux besoins spéciaux des malades : mesures diagnostiques et thérapeutiques, régimes alimentaires, fournitures et soins ménagers, par exemple;
- h) en cas de nécessité, modifier les instructions quant au statut des visiteurs et à la sécurité des malades; apprendre à ces derniers comment prendre soin de leur santé. Établir un programme d'information destiné aux malades et au grand public;
- i) déterminer les types d'infirmières et les autres catégories de personnel compétent nécessaires pour chaque unité de soins et sélectionner ce personnel en conséquence;
- j) mettre les médecins, les infirmières et les autres employés au courant des politiques et des méthodes de chaque unité de soins;
- k) prévoir l'enseignement sur place aux médecins, aux infirmières et aux autres employés, de toute nouvelle connaissance ou technique requises.

5 — Estimer le nombre de lits nécessaires dans chaque unité de soins et déterminer les changements nécessaires dans la conception du programme et dans l'utilisation du matériel :

- a) après une analyse minutieuse fondée sur l'expérience et l'évaluation des besoins futurs, estimer le nombre de lits nécessaires pour chaque unité de soins en insistant sur les services aux malades et la souplesse des unités;
- b) déterminer l'emplacement des unités de soins, des postes de surveillance des malades, des cuisines, des salles à manger, des salles de préparation des soins, des toilettes et de toutes les autres installations nécessaires;
- c) faire les plans d'architecture et le devis estimatif des transformations des unités de soins existantes, ou en vue de la construction de nouvelles unités;
- d) déterminer le coût du matériel nécessaire.

6 — Estimer le coût et les prévisions budgétaires :

- a) analyser les frais d'exploitation de chaque unité et le tarif à appliquer pour son utilisation;
- b) faire les ententes avec les tiers-payants pour couvrir les frais encourus par les malades dans les diverses unités de soins;
- c) mettre au point des méthodes commerciales de tenue des archives, de facturation et d'encaissement.

---

Source : U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, *Elements of Progressive Patient Care*, *op. cit.*



---

**L'organisation du régime de la santé**



## **Introduction**

### **Principes directeurs de l'organisation du régime**

659. Nous présentons dans ce chapitre l'ensemble des organismes du régime de la santé proposé plus haut. Ils sont conçus en respectant les exigences propres au régime ou communes à tout phénomène administratif, d'après un certain nombre de principes directeurs<sup>1</sup>.

660. Ces principes sont les suivants :

- a) la décentralisation des décisions relatives au développement et au fonctionnement du régime, de manière à ce qu'elles soient prises en fonction du développement du territoire de chacune des régions sanitaires du Québec;
- b) la participation décisionnelle et consultative de la population desservie aux organismes du régime, de manière à faciliter l'adaptation constante du régime aux besoins changeants de cette population;
- c) l'autonomie des divers organismes du régime, compte tenu de leur nécessaire coordination, de manière à permettre un ajustement immédiat et constant des objectifs du régime aux ressources de toute nature affectées à son fonctionnement;
- d) le groupement des activités qui constituent le régime en trois ensembles distincts : (1°) les activités de distribution des soins; (2°) les activités d'enseignement et de recherche; (3°) les activités administratives (planification, soutien, inspection et contrôle); et l'attribution de ces trois structures institutionnelles différentes : distribution des soins, enseignement et administration, au sein desquelles se trouvent reliés entre eux les organismes du régime;
- e) le groupement des activités de distribution des soins de tous types (curatifs, préventifs et de réadaptation dans le domaine de la santé physique et mentale) en unités de distribution offrant la gamme complète des soins, mais distinctes selon les trois niveaux de soins : généraux, spécialisés et ultraspécialisés;

---

<sup>1</sup> Voir l'appendice VI.I du présent chapitre : « Note sur la méthodologie du chapitre ».

- f) le groupement de ces unités de distribution des soins en une structure intégrée, de manière à garantir la permanence et la complémentarité des soins offerts à la population ainsi que la libre circulation des malades entre les divers niveaux de soins.

661. Ces principes directeurs doivent présider à l'organisation des établissements et à la définition de leurs compétences et modalités de fonctionnement interne. Nous divisons donc ce chapitre en deux parties : la première, consacrée à la présentation globale des organismes qui composent le régime de la santé, traite plus spécifiquement de l'organisation et du fonctionnement interne de chacun de ces organismes; la seconde cherche à montrer le fonctionnement dynamique du régime, par l'examen des relations que les organismes ont entre eux.

## Première partie

### Présentation globale des organismes du régime de la santé

662. Les activités du régime de la santé sont exercées par des organismes reliés entre eux qui forment trois structures institutionnelles respectivement responsables des soins, de l'enseignement des sciences de la santé et des activités administratives de puissance publique. Ces organismes se répartissent selon divers niveaux d'exécution : a) niveaux de soins généraux, spécialisés et ultraspécialisés, pour les organismes de distribution des soins; b) niveaux de l'enseignement (théorique ou clinique) secondaire supérieur et supérieur des sciences de la santé<sup>1</sup>; c) niveaux régional et provincial des activités administratives.

663. Comme la plupart de ces organismes exercent plus d'un type d'activité à la fois, leur présentation par niveau permet une vue synthétique et plus claire de leurs activités, quel que soit le système dont ces activités font partie<sup>2</sup>. Vu de cette façon, le régime de la santé présente cinq paliers : centre local de santé (CLS), centre communautaire de santé (CCS), centre hospitalier universitaire (CHU), office régional de la santé (ORS) et organismes centraux<sup>3</sup>.

#### 1<sup>ER</sup> PALIER : LE CENTRE LOCAL DE SANTÉ (CLS)

664. Le CLS est, dans la structure du régime proposé, une unité de distribution des soins généraux (curatifs, préventifs et de réadaptation) de premier niveau. Il favorise une évolution de la médecine que nous connaissons aujourd'hui vers une médecine globale offrant aux familles l'accueil et les soins généraux de façon personnelle et

<sup>1</sup> La Commission distingue trois niveaux d'études : l'enseignement secondaire (polyvalentes), l'enseignement secondaire supérieur (CEGEP) et l'enseignement supérieur (universités). Voir à ce sujet le chapitre XI du présent volume : « L'enseignement des sciences de la santé ».

<sup>2</sup> Le régime de la santé est considéré comme un « système », c'est-à-dire comme un phénomène dynamique où chacun des éléments influe sur les autres et sur l'ensemble. A vrai dire, le régime est lui-même constitué de trois sous-systèmes : les soins, l'enseignement des sciences de la santé et les actes administratifs; chacun consiste dans l'ensemble intégré des activités, de la structure des organismes qui les réalisent, ainsi que de l'objectif, des moyens et des modalités de fonctionnement de cette structure.

<sup>3</sup> On trouvera un tableau général des structures du régime proposé, à la page 155.

continue. Pour y arriver, le CLS doit être une structure d'équipe qui intègre plusieurs travailleurs de la santé (médecins, travailleurs sociaux, infirmières, dentistes, techniciens, etc.).

665. Cette structure a pour but : (1°) de permettre une collaboration étroite entre les CLS et les centres communautaires de santé (CCS), afin de garantir à la fois l'accès des CLS aux laboratoires et autres services techniques communautaires; (2°) de maintenir et d'améliorer la compétence des professionnels du CLS, par leur participation à un milieu scientifique en évolution; et (3°) de traiter rapidement et de façon continue tous les individus selon leurs besoins.

666. Il existe divers types de CLS, lesquels se distinguent par l'éventail des soins offerts et par leurs dimensions. Chaque CLS dessert une population donnée ou encore, la population d'un territoire suffisamment restreint, de façon à permettre un accès commode; il offre une gamme de soins complets, accessibles en permanence, énumérés dans l'acte de reconnaissance officielle dont il fait l'objet et qui précise, en même temps que le type de CLS auquel il appartient, les règles qu'il doit observer.

667. Des normes provinciales établissent les soins offerts par chaque type de CLS. Le CCS est chargé d'agréer les CLS d'après ces normes; c'est cette reconnaissance officielle qui distingue fondamentalement les CLS des cabinets médicaux actuels, qu'on y exerce une médecine individuelle, d'équipe ou de groupe.

668. Certains types de CLS peuvent en outre recevoir de leur CCS diverses subventions de soutien, moyennant engagement de leur part en matière de distribution des soins (gamme des soins offerts, activités de santé publique de nature préventive) et de fonctionnement interne.

669. Tous les types de CLS peuvent se voir confier, après entente avec leur CCS, des activités d'enseignement et de recherche; une entente analogue peut également intervenir entre les CLS et le (ou les) CHU de la région sanitaire dont ils font partie.

670. Le CLS (ou les agents qui constituent cette unité fonctionnelle) doit jouir de la capacité juridique, si l'on veut que cet organisme soit souple, efficace et préoccupé de la qualité de ses activités tout autant que de l'économie de ses ressources. En principe, tout groupe qui a pour mission la distribution des soins généraux et répond au concept de CLS peut être reconnu comme tel.

671. Pour établir les exigences concrètes et variables de participation des citoyens à la gestion des CLS et d'intégration de l'équipe de la santé au régime, tout en gardant à ce dernier le maximum de souplesse et à ses agents le maximum de liberté, nous préconisons, de façon générale, trois formules de CLS, dont voici les caractéristiques principales :

1. société à caractère public, constituée en corporation sur l'initiative d'un groupe de citoyens qui s'adjoignent une équipe de la santé de leur choix;
2. société à caractère public, constituée en corporation sur l'initiative d'une équipe de la santé et à laquelle le CCS adjoint des citoyens qu'il désigne;
3. société de type privé, constituée en corporation par les travailleurs de la santé qui y œuvrent, à l'exclusion de toute participation décisionnelle de la population, laquelle est alors associée à sa direction par voie consultative seulement.

672. Nous sommes conscients que l'organisation de la distribution des soins généraux selon ces types de formules doit se faire de façon progressive et, en outre, que ces formules ne sont pas limitatives et qu'on peut sans doute en imaginer d'autres, selon les besoins et les circonstances. Quelle que soit la formule choisie, un CLS doit obtenir, avant l'incorporation, la reconnaissance officielle d'un CCS.

673. Nous ne croyons pas que l'exercice individuel de la médecine disparaisse totalement, du moins à court ou à moyen terme. Cependant, nous estimons qu'un médecin exerçant seul doit s'affilier à un CLS, de façon que ses malades trouvent la complémentarité et la continuité des soins généraux qu'il ne peut lui-même offrir.

674. Remarquons que, selon les formules préconisées, il y a création d'une personne morale juridique distincte des professionnels de la santé qui œuvrent dans le CLS. Cette personnalité juridique a la capacité voulue pour louer les locaux et engager le personnel dont les membres de l'équipe ont un besoin commun. Elle a également la capacité nécessaire pour conclure avec le CCS un contrat déterminant les subventions de soutien que celui-ci voudra lui verser et, en contrepartie, la nature de ses propres obligations. Notons encore que ces formules ont une autre caractéristique commune, celle de concentrer leurs effectifs dans un même lieu physique.

675. En ce qui a trait à la participation des citoyens, ces formules présentent des caractéristiques distinctes : les deux premières comportent une participation décisionnelle et consultative et la dernière, une participation consultative seulement.

676. La participation décisionnelle propre aux deux premières formules se réalise, comme nous l'avons souligné, par l'entrée dans la corporation même du CLS, d'un certain nombre de citoyens.

677. Il nous paraît difficile de rendre systématique la participation consultative qui caractérise chacune des trois formules : la clientèle de l'aire territoriale d'un CLS, surtout dans une grande ville, est forcément mobile dans la pratique et l'objet de la consultation risque d'attirer son intérêt dans des proportions extrêmement variables, suivant le type de communauté desservie, ses besoins, son degré de conscience sociale et de participation politique.

678. En conséquence, il nous apparaît que, pour bien réaliser les buts de la consultation, les CLS doivent tenir des réunions périodiques, annoncées à l'avance et y convier leurs usagers. À ces réunions, les CLS déposeront un rapport de leurs activités et exposeront leurs projets à court et à long terme. La population consultée fera alors valoir ses griefs et suggestions soit oralement lors des réunions, soit par écrit après une lecture plus attentive des documents soumis par le CLS.

679. Cette forme de consultation spontanée constitue un minimum auquel tous les types de CLS se soumettront, quitte à permettre d'autres modes permanents de consultation là où le besoin s'en fait sentir ; l'expérience permettra de dégager des solutions mieux adaptées à des situations plus particulières.

680. Les CCS et les CHU s'acquittent, par le truchement des CLS qui leur sont rattachés, des responsabilités que l'ORS leur a confiées en matière de soins généraux pour une aire territoriale donnée. Comme nous le verrons plus loin, l'ORS mettra en tutelle tout CCS qui ne s'acquitte pas convenablement de ses responsabilités.

## RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

*4.VI.23. QUE la distribution des soins généraux soit assurée dans des unités de distribution de soins complets, selon le concept du CLS.*



4.VI.24. *QUE ces unités soient intégrées au régime de la santé par une reconnaissance officielle les rattachant aux organismes de distribution des soins des deuxième et troisième niveaux, les CCS ou les CHU.*

4.VI.25. *QUE les bureaux de santé actuels, communément appelés « unités sanitaires », deviennent des CLS ou soient intégrés à des CCS ou à des CHU, selon le cas.*

4.VI.26. *QUE les CLS prennent, de façon progressive, l'une ou l'autre des formes institutionnelles suivantes, ou toute autre qu'on pourrait imaginer, au gré des circonstances et des besoins :*

- a) *société à caractère public, constituée en corporation sur l'initiative d'un groupe de citoyens qui s'adjoignent une équipe de la santé de leur choix;*
- b) *société à caractère public, constituée en corporation sur l'initiative d'une équipe de la santé et à laquelle le CCS adjoint des citoyens qu'il désigne;*
- c) *société de type privé, constituée en corporation par les professionnels de la santé qui y œuvrent, à l'exclusion de toute participation décisionnelle de la population, laquelle est alors associée à sa direction par voie consultative seulement.*

4.VI.27. *QUE les médecins exerçant seuls s'affilient à un CLS, de façon que leurs malades trouvent la complémentarité et la continuité des soins généraux qu'ils ne peuvent leur offrir.*

4.VI.28. *QUE la participation consultative de la population aux CLS soit réalisée par des réunions périodiques annoncées à l'avance, auxquelles seront conviés les usagers et au cours desquelles les CLS feront un rapport de leur activité.*

## **2<sup>E</sup> PALIER : LE CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ (CCS)**

681. Le CCS est formé d'un ensemble de services orientés vers la distribution des soins surtout spécialisés et, de façon générale, n'excluant que les spécialités dont l'exercice nécessite un plus large bassin de population. Cet ensemble d'activités est intégré par le principe d'une graduation entre les types de soins qui assure, selon ses besoins, le passage du malade d'une unité de soins à une autre. Des normes provinciales établissent la liste minimale des spécialités qui s'exercent dans un CCS. L'ORS, organisme administratif qui représente la puissance publique au niveau régional, agréée comme CCS les établissements qui répondent à ces normes.

682. Du strict point de vue du type de soins offerts, le CCS correspond donc assez bien aux établissements hospitaliers généraux que nous connaissons au Québec; il s'en distingue néanmoins fondamentalement en ce que, à l'inverse de ceux-ci, son statut est public, c'est-à-dire qu'il est un organisme d'exécution et de coordination, sans but lucratif, et faisant partie d'une structure intégrée de distribution des soins. En effet, il est d'abord reconnu par un acte officiel de puissance publique (l'agrément par l'ORS) qui définit du même coup ses obligations et ses conditions minimales de fonctionnement; de plus, les ressources qui financent la distribution des soins lui viennent de l'ORS existant dans la région sanitaire à laquelle il appartient, en même temps que les objectifs à réaliser, ces objectifs et ressources étant définis dans un contrat; et dans le cadre des politiques régionales, en matière de soins généraux, il a également la responsabilité d'organiser, sur le territoire desservi, un réseau de CLS qui constituent en quelque sorte son prolongement territorial dans le système de distribution des soins pour la région désignée. Le CCS constitue le niveau intermédiaire d'une structure de distribution des soins, dont le CHU est le niveau supérieur.

683. Il appartient évidemment à l'ORS de déterminer le nombre de CCS dont a besoin la population de la région sanitaire. L'université (faculté des sciences de la santé) de la région sanitaire à laquelle les CCS appartiennent peut leur confier des activités d'enseignement et de recherche moyennant entente sur les conditions professionnelles et financières.

684. Naturellement, le CCS, décrit ci-dessus, naît principalement par des mécanismes volontaires. En effet, de façon générale, il n'est pas question de forcer la fusion des établissements hospitaliers existants qui n'offrent pas la gamme complète des soins généralement

donnés dans le CCS; au contraire, pour éviter tout bouleversement générateur de difficultés insurmontables et, de surcroît, inutiles, ces établissements pourront continuer d'exister individuellement, l'ORS invitant alors un complexe d'établissements hospitaliers à devenir le plus rapidement possible un ensemble intégré en un CCS et lui fournissant les ressources appropriées. Il est important, dans la période de transition, que l'ORS oriente le développement et la réorganisation de tels établissements en fonction de cette intégration. Compte tenu de ces accommodements de conjoncture, nous considérerons maintenant les aspects institutionnels du CCS idéal, en tant que principal organisme de distribution des soins de niveau spécialisé.

685. On doit constituer le CCS de manière à favoriser la cohérence et la continuité dans les organismes de distribution des soins (CLS, CCS, CHU), du point de vue du traitement des malades, de l'activité professionnelle et du fonctionnement administratif. L'exigence de nécessaire autonomie de gestion et de capacité juridique des CLS s'applique *a fortiori* aux CCS. On ne peut atteindre la majorité de ces objectifs que par une formule institutionnelle décentralisée impliquant l'octroi d'une personnalité juridique propre et unique à l'ensemble des services d'un CCS. En effet, l'efficacité de la gestion administrative exige que le niveau de pouvoir de décision soit le même que celui de son exécution, si l'on veut garantir la justesse, la rapidité, la souplesse et la fermeté de la décision, toutes qualités de gestion nécessaires en milieu hospitalier plus qu'ailleurs.

686. Il est à remarquer, toutefois, que le pouvoir d'emprunt d'un CCS est soumis à l'approbation du gouvernement, sur recommandation de l'ORS concerné. En effet, ce dernier, à titre d'agent planificateur du système régional de distribution des soins, est seul habilité à prendre de telles décisions, ainsi qu'on le verra ci-dessous; par conséquent, il peut mettre en tutelle un CCS qui emprunte sans son approbation. Nous proposons également d'introduire dans le CCS la participation de la population desservie et des organismes de distribution qui y sont rattachés (CLS), selon une double modalité : décisionnelle et consultative.

687. La participation décisionnelle implique la présence, au sein de la direction, de membres de la communauté, désignés par l'ORS ou de préférence élus selon un mode fixé par lui, dans le cadre des dispositions de la loi des ORS. Ces personnes ne représentent pas la communauté, mais siègent au CCS à titre personnel; c'est dire que, non mandataires d'un groupe ou de la population, elles peuvent prendre des décisions sans l'autorisation préalable de ceux qui les ont

élues. La population conserve intact son pouvoir de contestation. La participation décisionnelle porte sur toutes les matières soumises à l'autorité de la direction du CCS.

688. La participation consultative implique la création d'un conseil consultatif externe auprès du CCS. Le CCS, lorsqu'il exerce son rôle de participation à la conception des politiques régionales, doit soumettre ces politiques à l'ORS, mais après consultation de ce conseil. Puis, l'ORS traduit ces politiques sous forme d'objectifs qu'il fait connaître au CCS. Le conseil consultatif externe assume un rôle de surveillance générale de la poursuite de ces objectifs par le CCS, dont il est pour ainsi dire la conscience. Pour que ce conseil puisse remplir efficacement sa tâche, il reçoit d'office et en temps opportun les documents pertinents. La corporation du CCS nomme les membres de ce conseil, soit qu'elle les désigne elle-même d'office, soit de préférence qu'ils soient élus d'après des modalités fixées par l'ORS, dans le cadre des dispositions prévues par la loi des ORS; y sont obligatoirement représentés les organismes de distribution des soins de son territoire (CLS).

689. Cette structure interne du CCS, que nous venons de décrire dans ses grandes lignes, établit à la fois la capacité juridique nécessaire à ses diverses tâches et l'organisation administrative favorisant leur accomplissement harmonieux et fonctionnel.

690. Le CCS est donc une société à caractère public, régie par une corporation préalablement autorisée par l'ORS.

691. Cette corporation peut compter dix-sept à vingt et un membres, à majorité absolue de non-professionnels de la santé. À titre de suggestion, voici une répartition des membres : huit sont choisis parmi la population de l'aire territoriale desservie par le CCS; trois sont désignés par l'ORS; six par les professionnels de la santé affectés aux tâches de distribution des soins spécialisés œuvrant à l'intérieur du CCS; deux par les agents de soins généraux (CLS) rattachés au CCS, dès que de telles unités sont créées; et deux par le personnel d'enseignement exerçant dans le CCS lorsque ce dernier est lié par contrat à cette fin avec une université<sup>1</sup>.

692. Cette corporation agit comme conseil d'administration, mais élit un bureau de direction selon les besoins de l'administration.

---

<sup>1</sup> Le nombre des membres du CCS est réduit à dix-neuf lorsqu'il ne s'y donne pas d'enseignement; il peut même tomber à dix-sept dans le cas d'un CCS récent et qui n'a, par conséquent, pas encore établi le CLS.

693. L'ORS assigne à cette corporation des objectifs spécifiques en matière de soins généraux, spécialisés ou même ultraspécialisés. C'est également à elle qu'une université (faculté des sciences de la santé) fixe des objectifs de clinique. Pour la réalisation de tous ces objectifs, nous verrons qu'elle reçoit de ces différentes sources des enveloppes budgétaires distinctes.

694. Sa tâche est donc de choisir et de coordonner les moyens nécessaires à la réalisation de ces objectifs. Pour cela, il lui faut d'abord posséder les pouvoirs communs aux corporations (excepté le pouvoir d'emprunt et le pouvoir d'expropriation<sup>1</sup>) de façon à disposer de la capacité juridique nécessaire pour les transactions quotidiennes, l'engagement du personnel, l'achat du matériel, la signature de contrats avec l'ORS et l'université ou les universités de sa région ainsi qu'avec les CLS rattachés. Elle doit également disposer d'un autre pouvoir, qui constitue en fait une délégation de la puissance publique, celui d'autoriser la formation des CLS dans l'aire territoriale ou pour la population qui lui est assignée.

695. Il lui faut aussi, outre cette capacité juridique et cette délégation de la puissance publique, une organisation interne qui maximise la réalisation harmonieuse de ses objectifs.

696. À cette corporation qui exerce à la fois le rôle et les pouvoirs d'un conseil d'administration est donc adjoint un conseil consultatif des professionnels de la santé, formé obligatoirement d'une majorité absolue de membres de la profession médicale, notamment des directeurs des départements spécialisés<sup>2</sup> du CCS (médecine, chirurgie, pédiatrie, psychiatrie, obstétrique, biologie médicale, médecine communautaire, etc.), des responsables des professions auxiliaires de la santé exercées au CCS (pharmacie, chirurgie dentaire, diététique, sciences infirmières, psychologie, service social, etc.), de cinq repré-

<sup>1</sup> Ces importants pouvoirs qui permettent d'infléchir une politique régionale de santé sont réservés à l'ORS.

<sup>2</sup> Le mot « département » ne désigne plus ici la réalité qu'il recouvre dans l'hôpital traditionnel (lieu physiquement identifié dans un hôpital où une équipe de médecins de la même spécialité, groupés dans une unité administrative d'exécution, traitent des maladies relevant de leur spécialité). Il désigne dorénavant des groupes de professionnels exerçant une discipline ou spécialité commune et qui ont pour tâche de concevoir les normes professionnelles applicables aux membres de leur spécialité et susceptibles de promouvoir une meilleure qualité de soins. Les normes qu'ils conçoivent sont coordonnées par le conseil consultatif des professionnels de la santé et deviennent exécutoires sur l'approbation du conseil d'administration. La surveillance quotidienne de l'application de ces normes est la responsabilité du chef du service des unités de soins et des responsables de chacune des unités — soins à domicile, externes, espacés, courants, intensifs et de longue durée — qui assument, comme nous le verrons plus loin, l'exécution des politiques conçues par les directeurs des départements spécialisés et le conseil des professionnels de la santé.

sentants désignés par les CLS rattachés au CCS et d'un groupe additionnel de neuf personnes dont trois sont élues par les médecins, trois par les infirmières et trois par les autres professionnels de la santé du CCS. Ce conseil est présidé par un des membres élu par eux et peut agir par un bureau de direction.

697. Le conseil d'administration, avant d'adopter toute mesure d'administration générale dans le CCS ou toute politique générale applicable aux CLS, la soumet pour avis au conseil consultatif des professionnels de la santé, puisque toutes ces mesures touchent, directement ou indirectement, la qualité des soins.

698. Le conseil consultatif des professionnels de la santé coordonne aussi les normes professionnelles de qualité des soins proposées par chaque département spécialisé; ces normes s'appliquent dans le CCS et les CLS et s'ajoutent aux normes communes mises en vigueur pour de tels établissements par le ministère de la Santé. Cependant, les normes conçues par chaque spécialité ou discipline, sous la responsabilité des directeurs des départements spécialisés, et coordonnées par ce conseil consultatif n'acquièrent force réglementaire qu'après leur approbation par le conseil d'administration.

699. Le conseil consultatif des professionnels de la santé étudie et soumet également pour approbation au conseil d'administration les nominations (engagements), suggérées par les directeurs des départements spécialisés ou les chefs des services, de professionnels exerçant à l'intérieur du CCS.

700. Il peut former des comités auxquels il confie une partie de sa tâche : ainsi le comité des créances examine du point de vue technique les titres et permis d'exercice des personnes dont on propose l'engagement, et certains comités interprofessionnels sont chargés de coordonner les normes communes à des disciplines connexes. Mais les seuls comités rattachés au conseil consultatif des professionnels sont ceux dont la tâche se rapporte aux fonctions de ce conseil, c'est-à-dire à la conception et à la coordination des politiques du CCS. Les comités qui accomplissent des tâches relatives à d'autres fonctions (l'administration quotidienne et le contrôle professionnel et administratif) ne sont pas rattachés à ce conseil. Les organes internes du CCS conçoivent ses politiques d'ensemble et choisissent les moyens de les appliquer.

701. Pour assurer l'exécution et la coordination quotidienne des décisions sanctionnées par le conseil d'administration après consul-

tation du conseil des professionnels de la santé, la corporation du CCS retient les services d'un directeur général qui est responsable envers le conseil d'administration de l'exécution, dans le CCS, des politiques arrêtées par ledit conseil.

702. Sa tâche consiste en une coordination quotidienne de l'activité des divers services dont la responsabilité première relève respectivement du directeur des services professionnels, du directeur des services auxiliaires et du directeur des services administratifs<sup>1</sup>.

703. Ainsi, le directeur des services professionnels, nommé par le conseil d'administration après consultation du conseil des professionnels de la santé, est responsable de l'aspect professionnel des services orientés vers la distribution des soins et l'enseignement :

- a) service des unités de soins (à domicile, externes, espacés, courants, intensifs et de longue durée);
- b) service de l'enseignement et de la recherche;
- c) services de soutien professionnel (pharmacie, biologie médicale, soins infirmiers, bibliothèque médicale, archives, admission, etc.).

704. Le directeur des services auxiliaires est parallèlement responsable de l'aspect technique, c'est-à-dire des services de soutien non spécifiquement médical, qu'on rencontre dans toute entreprise analogue (cuisine, buanderie, maintenance, etc.).

705. Enfin, un troisième directeur est responsable, sous l'aspect purement administratif, des services des deux catégories précédentes. Il coordonne et surveille l'administration quotidienne du personnel, des finances, des achats, etc.

706. Ces trois directeurs des services professionnels, auxiliaires et administratifs, sont subordonnés, dans la structure hiérarchique du pouvoir d'exécution administrative, au directeur général. Ils forment ensemble et avec lui le comité de régie qui l'assiste dans sa tâche de coordination quotidienne des politiques du CCS.

---

<sup>1</sup> Il faut noter que le mot « service » ne signifie plus ici la réalité à laquelle il se référerait dans l'hôpital traditionnel (division d'un département en sections ultra-spécialisées : ainsi la neurochirurgie constituait un « service » du département de chirurgie). Le mot *service*, tel qu'on l'emploie dans ce rapport, désigne une unité fonctionnelle : soins et activités de soutien professionnel, technique ou administratif destinées à permettre la distribution des soins.

707. Le directeur de chacun de ces trois grands services généraux a sous son autorité des chefs de services plus particuliers, qui ont pour tâche l'exécution quotidienne des politiques administratives dans leur secteur respectif et qui, contrairement aux directeurs des départements spécialisés, ont un pouvoir de surveillance sur l'activité de tous les professionnels de la santé et sur l'utilisation des appareils et du matériel du CCS. Dans l'exercice de leurs fonctions, tous les membres du personnel d'un CCS sont soumis hiérarchiquement au chef de service dont ils dépendent quant au respect des règlements. Ils restent évidemment libres et responsables de leur activité professionnelle dans la mesure où elle échappe aux règlements et relève de leur jugement professionnel.

708. Les CLS peuvent, en un certain sens, ressembler à des services, puisque, comme les services hospitaliers, ils appliquent des politiques de soins (généraux) conçues par le conseil d'administration du CCS avec l'aide de son conseil consultatif des professionnels de la santé et soumises au même organisme de contrôle. Néanmoins, leur personnalité juridique et le contrat qui les lie au CCS leur confèrent une autonomie de gestion qui ne nous permet pas de les assimiler à des services internes du CCS.

709. Chaque service est libre de créer des commissions qui lui permettent de mieux remplir sa tâche d'exécution administrative : commissions pédagogique, d'admission, de la bibliothèque, etc. Ici comme ailleurs, ces commissions n'ont pas plus de compétence que les organismes auxquels ils se rattachent et ne peuvent ni modifier les politiques réglementaires appliquées par les services, ni en contrôler l'application.

710. On peut évaluer toutes les tâches exécutées dans le CCS et les CLS qui lui sont rattachés, tant du point de vue professionnel que du point de vue administratif. Le CCS doit donc posséder des organes d'autocontrôle, qui ne remplacent pas le contrôle externe, mais jouent en conjonction avec ce dernier, un rôle utile.

711. Il convient donc de former pour le CCS et les CLS qui lui sont reliés deux commissions d'évaluation : une commission d'évaluation professionnelle et une commission d'évaluation administrative. À la première, on attribue les fonctions autrefois exercées par les comités de vérification des dossiers, d'appréciation des actes médicaux, d'étude des problèmes périnataux, etc., et à la seconde on confie l'examen de la qualité administrative de l'activité du CCS et des CLS.



712. Ces deux commissions d'évaluation ont juridiction dans le CCS et dans les CLS qui y sont rattachés et leurs mandats comportent l'appréciation des actes professionnels et administratifs selon les normes à respecter.

713. La commission d'évaluation professionnelle signale au directeur des services professionnels toute irrégularité de sa compétence. Celui-ci, après enquête, en saisit, s'il y a lieu, le conseil d'administration qui peut imposer une sanction. Parallèlement, la commission d'évaluation administrative rapporte toute irrégularité administrative au directeur général qui peut prendre les mêmes mesures.

714. Chaque CCS s'adjoint un conseil consultatif externe de trente membres qu'il nomme lui-même et qui représentent la population de son aire territoriale. On suggère la composition suivante : un tiers d'élus parmi les citoyens de l'aire territoriale (municipalités, comté, commissions scolaires locales et régionales), un tiers issu des corps intermédiaires non particuliers au monde de la santé (syndicats, chambres de commerces, etc.), et un tiers provenant des groupes qui s'intéressent spécialement à la santé (unions de famille, comités de citoyens, Croix-Rouge, associations diverses pour la santé mentale, le cancer, la paralysie, etc.).

715. C'est le CCS qui désigne les membres de ce conseil de participation consultative parmi les catégories de personnes décrites ci-dessus. Chaque fois qu'il est possible, c'est-à-dire quand on peut identifier et réunir avec facilité une catégorie de participants, le CCS procède à des désignations par un vote à l'intérieur de cette catégorie; dans les autres cas, il recourt à la simple nomination.

716. La corporation du CCS soumet à ce conseil un rapport annuel de son activité et un exposé de ses projets à court et à long terme. Elle fournit tout autre document demandé, à moins d'avoir des raisons de le refuser; dans ce cas, l'ORS doit entériner ce refus. Ce conseil consultatif émet ainsi un avis pertinent sur les politiques du CCS et, de sa propre initiative, peut en suggérer d'autres.

## RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

*4.VI.29. Que soient adoptées des normes provinciales établissant la liste minimale des spécialités qui doivent s'exercer dans un ou des établissements hospitaliers pour être reconnus comme CCS.*

*4.VI.30. QU'une personnalité juridique propre soit conférée à l'ensemble des services du CCS, de manière à constituer un organisme unique et autonome.*

*4.VI.31. QUE l'ORS désigne les CCS de sa région, soit :*

- a) par l'agrément des hôpitaux actuels offrant individuellement la gamme complète des soins prescrits par les normes provinciales promulguées à cette fin ;*
- b) par l'agrément d'un hôpital capable d'offrir par entente avec d'autres établissements la gamme complète de soins;*
- c) par le groupement de plusieurs hôpitaux actuellement distincts en un organisme unique offrant la gamme complète de soins.*

*4.VI.32. QUE l'ORS soit autorisé, pour la période nécessaire à leur intégration dans un CCS :*

- a) à traiter comme un CCS l'ensemble des établissements hospitaliers liés entre eux par contrats de service et offrant ainsi collectivement la gamme complète de soins,*
- b) à soutenir financièrement, par conséquent, les établissements hospitaliers n'offrant pas individuellement la gamme complète de soins, mais liés par contrats de service à un CCS, ou encore certains hôpitaux spécialisés — pédiatriques, psychiatriques, ou autres — qui doivent nécessairement subsister.*

*4.VI.33. QUE soit attribuée à chaque CCS la responsabilité d'organiser, dans son territoire, un réseau de CLS moyennant sa participation financière et une réglementation de la qualité des soins et des modalités de transfert des malades de ces CLS à ses propres services.*

*4.VI.34. QUE si un CCS ne s'acquitte pas efficacement de cette responsabilité, l'ORS le mette en tutelle et prenne à sa charge la création de certains CLS.*

4.VI.35. *QUE le CCS soit une société à caractère public régie par une corporation préalablement agréée par l'ORS.*

4.VI.36. *QUE cette corporation compte dix-sept à vingt et un membres, à majorité absolue de non-professionnels de la santé, et agisse comme conseil d'administration, mais puisse désigner un bureau de direction si elle le juge à propos.*

4.VI.37. *QUE cette corporation s'adjoigne un conseil consultatif des professionnels de la santé formé obligatoirement d'une majorité absolue de membres de la profession médicale et présidé par un membre élu par l'ensemble des membres dudit conseil.*

4.VI.38. *QUE le conseil d'administration, avant d'adopter toute mesure d'administration générale dans le CCS ou toute politique générale applicable aux CLS, la soumette pour avis au conseil consultatif des professionnels de la santé.*

4.VI.39. *QUE le conseil consultatif des professionnels de la santé ait pour tâches :*

- a) *de coordonner les normes professionnelles de qualité des soins proposées par chaque département spécialisé et qui s'appliquent dans le CCS et les CLS, en plus des normes communes mises en vigueur par le ministère de la Santé;*
- b) *d'étudier et de soumettre au conseil d'administration les nominations de professionnels exerçant à l'intérieur du CCS.*

4.VI.40. *QUE le directeur général nommé par la corporation ait pour tâche de coordonner l'activité quotidienne des services qui relèvent respectivement des directeurs des services professionnels, auxiliaires et administratifs.*

4.VI.41. *QUE le directeur des services professionnels*

- a) *soit nommé par le conseil d'administration après consultation du conseil des professionnels de la santé;*

b) soit responsable de l'aspect professionnel des soins, de l'enseignement et de la recherche.

4.VI.42. *QUE le directeur des services auxiliaires soit responsable de l'aspect technique des services de soutien non spécifiquement médical, tels la cuisine, la buanderie et la maintenance.*

4.VI.43. *QUE le directeur des services administratifs soit responsable de la coordination et de la surveillance quotidiennes des services purement administratifs, tels le personnel, les finances et les achats.*

4.VI.44. *QUE tous ces directeurs des services professionnels, auxiliaires et administratifs, soient subordonnés, dans la structure hiérarchique d'exécution administrative, au directeur général et qu'ils forment avec lui un comité de régie qui l'assiste dans ses tâches quotidiennes de coordination et d'exécution des politiques.*

4.VI.45. *QUE les services d'enseignement et de recherche, de soins et de soutien professionnel aient chacun à leur tête un chef de service placé sous l'autorité du directeur des services professionnels.*

4.VI.46. *QUE les services de soutien général aient chacun à leur tête un chef de service placé sous l'autorité du directeur des services auxiliaires.*

4.VI.47. *QUE les services de soutien administratif aient chacun à leur tête un chef de service placé sous l'autorité du directeur des services administratifs.*

4.VI.48. *QUE toutes les tâches exécutées dans le CCS et les CLS qui y sont rattachés soient évaluées, selon les normes fixées, tant du point de vue professionnel qu'administratif.*

4.VI.49. *QU'à cette fin le CCS possède deux commissions d'évaluation : une commission d'évaluation professionnelle et une commission d'évaluation administrative.*

4.VI.50. *QU'à la commission d'évaluation professionnelle soient attribuées les fonctions qu'exerçaient autrefois les comités de vérification des dossiers, d'appréciation des actes médicaux, d'étude des problèmes périnataux, etc.*

4.VI.51. *QU'à la commission d'évaluation administrative soit confié l'examen de la qualité administrative de l'activité du CCS et des CLS qui y sont rattachés.*

4.VI.52. *QUE la commission d'évaluation professionnelle signale toute irrégularité professionnelle au directeur des services professionnels, et que celui-ci, après enquête, en saisisse, s'il y a lieu, le conseil d'administration qui peut imposer une sanction.*

4.VI.53. *QUE la commission d'évaluation administrative signale toute irrégularité administrative au directeur général, et que celui-ci, après enquête, en saisisse, s'il y a lieu, le conseil d'administration qui peut imposer une sanction.*

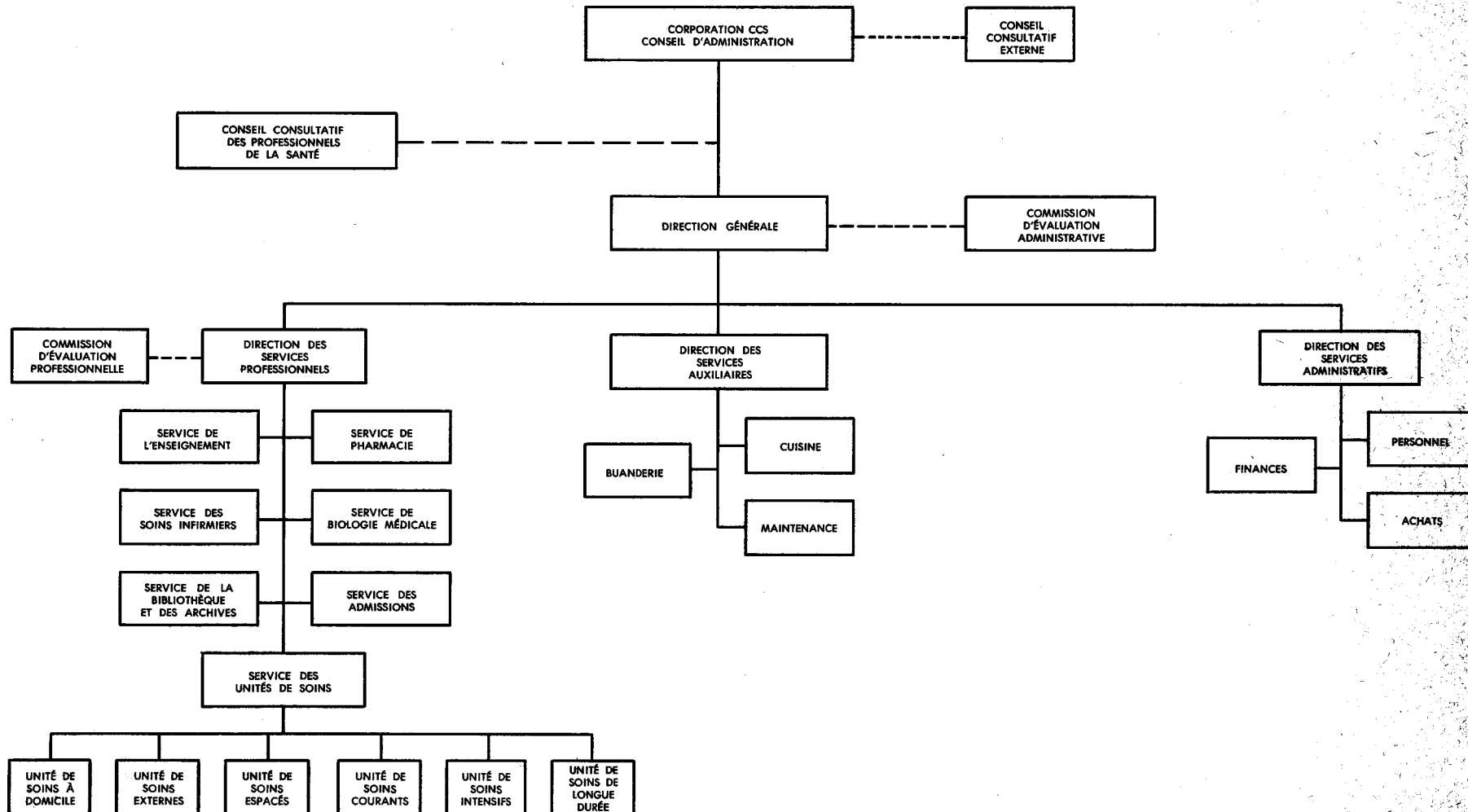
4.VI.54. *QUE chaque CCS s'adjoigne un conseil consultatif externe où est représentée la population de son aire territoriale.*

4.VI.55. *QUE la corporation du CCS*

- a) *soumette à ce conseil consultatif un rapport annuel de son activité et un exposé de ses projets à court et à long terme;*
- b) *fournisse tout autre document demandé à moins d'avoir des raisons sérieuses de le refuser; dans ce cas, l'ORS dont elle relève doit entériner ce refus.*

# ORGANIGRAMME VI.1

## LE CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ



### 3<sup>E</sup> PALIER : LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU)

717. Dans le régime de la santé proposé, le CCS qui joue un rôle régional, peut devenir un centre hospitalier universitaire. Le CHU est un hôpital universitaire où sont obligatoirement donnés des soins ultraspécialisés, en plus des soins spécialisés et généraux. En tant que centre de distribution des soins, le CHU, comme les CCS, est un établissement d'intérêt public et, par conséquent, soumis aux mêmes conditions de fonctionnement. Des normes provinciales établissent la liste minimale des soins qu'il doit offrir. L'université, par sa faculté des sciences de la santé, après entente avec l'ORS, agréée comme CHU le ou les établissements qui répondent à ces normes, dans la région en cause.

718. Le CHU est également un organisme d'enseignement et de recherche, puisqu'il a la responsabilité première en ce domaine<sup>1</sup>, sous l'orientation et la surveillance de la faculté des sciences de la santé (ou de l'ensemble des organismes qui y correspondent) dont il dépend à cet égard. C'est parce que l'enseignement clinique complet ne peut être donné que dans le cadre de la distribution des soins que le CHU doit offrir toute la gamme des soins des trois niveaux à la fois (généraux, spécialisés et ultraspécialisés). Il reçoit, selon les besoins, les étudiants de toutes les professions de la santé, qu'ils lui viennent des CEGEP (infirmières, techniciens, aides diverses) ou de l'université (professions médicales et diverses disciplines humaines, telles que psychologie, service social, etc.) dont les services doivent être intégrés au traitement purement médical, si l'on veut que les usagers du régime de la santé reçoivent un traitement complet. Le CHU exécute lui-même ces tâches d'enseignement et de recherche avec les CLS qui lui sont rattachés<sup>2</sup>.

719. Le CHU, il convient de le rappeler, est un CCS, reconnu par une université (agissant pour le compte de sa faculté des sciences de la santé), après entente avec l'ORS, comme centre d'enseignement universitaire; il conclut dès lors un contrat en vertu duquel il devient responsable, seul ou en collaboration avec d'autres CHU, de la totalité ou d'une partie de l'enseignement clinique des sciences de la santé aux niveaux supérieur et secondaire supérieur. C'est donc

<sup>1</sup> Il faut noter que les termes enseignement et recherche sont utilisés ici dans un sens large couvrant à la fois les aspects clinique et théorique.

<sup>2</sup> Certains départements dans les CCS qui sont reliés aux soins ultraspécialisés seront reconnus aptes par l'université à l'enseignement et la recherche dans un secteur particulier. L'Institut de cardiologie de Montréal ou celui de Québec, par exemple, entrent dans cette catégorie.

l'université qui, de concert avec l'ORS, détermine le choix des CHU dans une région. Lorsqu'une région compte un seul CHU, les CEGEP qui veulent assurer l'enseignement clinique des sciences de la santé, dont ils offrent déjà l'enseignement théorique au niveau secondaire supérieur, s'adresseront à ce CHU avec lequel l'université a conclu une entente; lorsqu'une région comporte plus d'un CHU, les CEGEP choisissent individuellement le centre d'enseignement qui leur paraît le plus approprié, sous réserve d'approbation par l'ORS.

720. Ainsi le CHU est un organisme à double vocation et on doit donc concevoir sa structure en tenant compte de ses deux objectifs (soins, enseignement et recherche) lesquels, s'ils sont concurrents et réalisés par le même organe, pourront se retrouver, dans la pratique, subordonnés l'un à l'autre, ce qui contredit la notion même de CHU. Aussi, doit-on scinder le budget du CHU en un budget de distribution des soins, établi de la même façon que celui du CCS, et en un budget d'enseignement et de recherche, lequel ne lui vient pas de l'ORS de la région sanitaire dont il fait partie, mais de l'université qui l'agrée, après entente avec l'ORS, et des CEGEP qui concluent avec lui des contrats de service aux fins de l'enseignement clinique de niveau secondaire supérieur. Et pour les mêmes raisons précitées (concurrence entre ses deux objectifs et intégration dans un même corps de décisions), la conformité avec les normes universitaires des activités d'enseignement et de recherche, au sein du CHU, ne peut pas être assurée uniquement par un pouvoir réglementaire et financier de l'université (faculté) à laquelle il est rattaché, mais également par la participation de cette même faculté aux organes décisionnels du CHU.

721. Les objectifs et les revenus relatifs à ses deux fonctions proviennent de deux sources distinctes. Comme le CCS, aux termes d'un contrat intervenant entre lui et l'ORS, le CHU voit ses objectifs de distribution des soins, et les sommes qu'il y consacre, déterminés par l'ORS; de la même manière, ses objectifs d'enseignement et de recherche et les sommes nécessaires sont déterminés par l'université, par l'intermédiaire de la faculté des sciences de la santé.

722. L'enseignement des sciences de la santé constitue un sous-système du régime et il est donné par trois types distincts d'établissements : l'enseignement théorique secondaire supérieur, par les CEGEP; l'enseignement supérieur des sciences de base, par les universités (occasionnellement par les CHU); et l'enseignement clinique secondaire et supérieur, par les CHU. Ces différents secteurs d'ensei-



gnement exigent une coordination pédagogique (à tous les niveaux) et une coordination régionale selon les besoins de la population en matière de personnel. Les universités et les CEGEP reçoivent chacun du ministère de l'Éducation des crédits budgétaires destinés à financer l'enseignement théorique et clinique, aux niveaux supérieur et secondaire supérieur. Les CHU et, le cas échéant, les CCS ou les établissements spécialisés organisent, par les moyens de leur choix, l'enseignement supérieur et secondaire supérieur conçu et contrôlé par la faculté des sciences de la santé dont ils relèvent, ou commandité par les CEGEP, pour leurs étudiants respectifs.

723. Il est évident que le CHU ne peut réaliser ses objectifs d'enseignement et de recherche sans une très forte coopération avec les CEGEP de sa région et la faculté des sciences de la santé à laquelle il est rattaché. Aussi la corporation du CHU doit-elle inclure la représentation de ces institutions au sein de son conseil d'administration. De plus, ces deux organismes doivent, en ce qui concerne leur enseignement respectif, approuver la nomination des professeurs, participer à l'élaboration des programmes d'études et des examens du CHU et les approuver, de façon à contrôler le contenu et la qualité des diplômes qu'eux-mêmes accorderont à la suite des stages effectués au CHU. Cette dernière remarque vaut également pour les CCS et les établissements spécialisés auxquels l'université confie, après entente à cette fin, des tâches d'enseignement et de recherche.

724. Nous croyons que cette formule transporte à l'intérieur du CHU le conflit enseignement/distribution des soins auquel nous avons fait allusion plus haut, là où il a le plus de chances, semble-t-il, d'être réglé d'une façon satisfaisante, à cause de la présence des enseignants dans les organes décisionnels du CHU. La participation des enseignants à la conception des programmes, approuvés par la faculté et les CEGEP, et à la direction des organismes qui prennent les décisions relatives à cet enseignement (les CHU), nous apparaît le mécanisme de coordination qui offre les meilleures chances de solution de ce conflit.

725. À vrai dire, on peut adopter plusieurs formules, également compatibles avec le concept de CHU, notamment celle d'un établissement-campus et celle d'établissements distincts dépendant tous d'une seule et même autorité administrative.

726. Si un CCS accepte d'être reconnu comme CHU, il doit modifier la composition de sa corporation et de son conseil d'administration. À titre d'exemple, voici la composition suggérée : sur les 8 représentants de la population, l'université en désigne 4 ; 3 membres

sont désignés par l'ORS et 2 par les CLS; 4 représentent les enseignants et 2 les étudiants, ce qui donne schématiquement :

4 représentants de la population en général,

4 représentants de l'université,

3 représentants de l'ORS,

2 représentants des CLS,

4 représentants des enseignants,

2 représentants des étudiants.

727. Le CHU, en outre, doit respecter les conditions contractuelles de ses activités : programmes, examens, etc. L'une d'elles, cependant, touche sa structure interne : c'est la nomination des directeurs de départements spécialisés, du directeur des services professionnels et des chefs de services sous son autorité. Dans un CCS, ces nominations relèvent de la seule responsabilité du conseil d'administration, après consultation du conseil consultatif des professionnels de la santé et des membres du département spécialisé, tandis que, dans un CHU, ces nominations restent soumises à l'approbation de l'université. Il doit en être de même pour les CCS ou les établissements spécialisés à qui l'université confie des tâches d'enseignement et de recherche.

728. Enfin, il faut modifier le conseil consultatif externe auprès du CCS lorsque ce dernier devient CHU. Ainsi, nous proposons que ces trente membres forment cinq groupes égaux dont on recrute les trois premiers de la même façon que les groupes de l'organisme consultatif du CCS (élus locaux, corps intermédiaires, groupes spécialement intéressés à la santé). On choisit le quatrième parmi les étudiants du CHU et le cinquième parmi les membres des conseils consultatifs des CCS de la région où se trouve ce CHU. Les membres de ces deux derniers groupes forment un sous-groupe facile à identifier et à réunir, et le CHU fait élire parmi eux ceux qui feront partie du conseil de participation consultative.

## RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

- 4.VI.56. *QUE soient adoptées des normes provinciales établissant la liste minimale des services d'un CHU et d'après lesquelles les hôpitaux d'enseignement existants et à vocation régionale sont reconnus comme CHU par l'université, après entente avec l'ORS, et intégrés au régime de la santé proposé.*
- 4.VI.57. *QU'une personnalité distincte et un régime juridique propre soient conférés à l'ensemble de ces services, de manière à en faire un organisme unique et autonome : le CHU.*
- 4.VI.58. *QUE le CCS qui accepte d'être reconnu comme CHU par l'université, après entente avec l'ORS, modifie la composition de sa corporation de façon à y inclure des représentants de l'université, des enseignants et des étudiants.*
- 4.VI.59. *QUE le CCS reconnu par l'université comme CHU, après entente avec l'ORS, signe un contrat avec l'université en ce qui concerne les programmes d'enseignement, les examens, etc.*
- 4.VI.60. *QUE la nomination, dans un CHU, des directeurs de départements spécialisés, du directeur des services professionnels et des chefs de services sous son autorité entraîne l'approbation de l'université, et qu'il en soit de même pour les départements des CCS ou les établissements spécialisés auxquels l'université confie par contrat des tâches d'enseignement et de recherche.*
- 4.VI.61. *QUE le conseil consultatif auprès d'un CCS qui devient un CHU se transforme de façon à y inclure des représentants des étudiants et des conseils consultatifs des CCS de la région où se trouve ce CHU.*

#### **4<sup>E</sup> PALIER : L'OFFICE RÉGIONAL DE LA SANTÉ (ORS)**

729. Le succès et l'efficacité du régime de la santé dépendent, d'une part, de la distribution des soins personnels à toute la population, de l'organisation de services adaptés aux besoins et de l'utilisation optimale des effectifs et, d'autre part, du contrôle, de la préservation et de l'amélioration du milieu. Ces conditions exigent une planification des services de santé et une collaboration avec les secteurs régionaux et provincial de l'activité publique.

730. Nous croyons que cette tâche de planification appartient en bonne partie aux offices régionaux de la santé. Ceux-ci prévoient les besoins futurs, estiment les ressources nécessaires et entreprennent les changements utiles, afin que le régime maintienne une production optimale.

731. Le niveau régional comporte un seul organisme, l'office régional de la santé (ORS), habilité à accomplir des tâches de planification, de soutien et de contrôle administratif (mais non professionnel). Une loi fixe les caractéristiques institutionnelles et fonctionnelles de l'ORS; les régions et les ORS sont constitués par une décision du Conseil des ministres du Québec.

732. L'ORS est une personne morale distincte de l'État québécois et il est l'agent de la collectivité régionale. Nous estimons que cette formule est la plus apte à satisfaire les exigences de responsabilité, de souplesse et de participation mises de l'avant dans d'autres chapitres du présent rapport; à cette fin, l'ORS dispose de la capacité juridique et de pouvoirs délégués par l'État. Par suite d'une décentralisation, l'ORS est donc, au niveau régional, l'organisme administratif de la puissance publique pour le secteur de la santé.

733. L'ORS a pour fonctions :

- 1) d'établir une programmation et une planification régionale du secteur de la santé après évaluation des renseignements colligés;
- 2) d'organiser la distribution régionale des soins en accord avec les normes provinciales;
- 3) d'approuver les plans d'immobilisations de tous les établissements, y compris ceux des universités et des CHU quant aux installations de santé;

- 4) de proposer et d'administrer le budget régional de la santé, à partir de l'enveloppe financière annuelle mise à sa disposition par le ministère de la Santé, dans le cadre des crédits votés par l'Assemblée nationale;
- 5) de fournir aux organismes de distribution des soins divers services techniques;
- 6) d'élaborer pour eux une politique générale d'achat;
- 7) de leur permettre de mettre en place divers services communs;
- 8) d'exécuter, dans son territoire et pour le compte du ministère de la Santé, les activités nécessaires à la réalisation des politiques gouvernementales de la santé publique relatives au milieu, telles l'inspection des établissements commerciaux et industriels, l'inspection des aliments, le contrôle de la pollution, etc.;
- 9) d'évaluer, en collaboration avec l'université, les résultats obtenus par les programmes régionaux de santé et par les diverses unités de distribution des soins;
- 10) de collaborer, avec la direction générale de la planification et de la recherche du ministère de la Santé, dans ses projets de recherche opérationnelle et de recherche appliquée.

734. À cette fin, le budget de l'ORS (budget régional de la santé) comporte trois programmes distincts : (1°) immobilisations, (2°) distribution des soins (dont sont exclus, pour le moment, les honoraires des professionnels payés directement par la Régie de l'assurance-maladie) et (3°) protection de la santé publique. L'ORS finance en partie, sauf au chapitre des immobilisations et de l'équipement, l'enseignement des sciences de la santé. Quant à la distribution des soins, l'ORS ne traite, abstraction faite de la période transitoire nécessaire à l'implantation du régime, qu'avec les CCS et les CHU, distributeurs de soins aux niveaux spécialisés et ultraspécialisés; ceux-ci sont à leur tour responsables de l'organisation des soins généraux de premier niveau.

735. Quant aux soins personnels, tant préventifs que curatifs ou de réadaptation, l'ORS n'exécute pas lui-même les politiques de l'État mais il conçoit, dans le cadre des normes définies par ce dernier, les programmes régionaux à faire exécuter par les CLS, les CCS et les CHU qu'il met en place et dont il oriente les activités à la fois par règlements (aspects administratifs de leur fonctionnement) et par contrat (soins produits et ressources affectées). En

conséquence, l'ORS dispose de pouvoirs inhérents à son statut et à sa capacité juridique.

736. Compte tenu de ses fonctions, l'ORS possède certains pouvoirs, à savoir :

- 1) d'autoriser la formation des CCS de la région et, le cas échéant, de découper leur aire territoriale, conformément aux normes provinciales;
- 2) de leur prescrire les normes administratives de régie dans la réalisation de leurs objectifs;
- 3) de contrôler la conformité de leurs activités à ces normes;
- 4) de mettre en tutelle les CCS qui ne s'acquittent pas efficacement de leurs responsabilités;
- 5) de prendre en charge, au besoin, la création de certains CLS;
- 6) d'édicter pour son territoire, dans le cadre de la politique provinciale de la santé publique, des règlements précis quant au milieu et aux produits.

737. Cette corporation possède en outre tous les pouvoirs généraux des corporations ordinaires et, de plus, celui d'expropriation<sup>1</sup> pour elle-même et pour les organismes de distribution des soins; elle possède enfin les pouvoirs ordinaires des compagnies de gestion de façon :

- 1) à recevoir du gouvernement du Québec et à mettre à la disposition des CCS et des CHU les sommes consacrées, dans son territoire, au fonctionnement du régime de la santé;
- 2) à emprunter les sommes indispensables à la poursuite de ses objectifs : projets d'immobilisations, amélioration de l'équipement, etc.;
- 3) à faire les expropriations<sup>2</sup> utiles à la poursuite de ses objectifs;
- 4) à acheter et à revendre, à titre de grossiste, les biens d'équipement et de consommation dont les CLS, les CCS et les CHU ont besoin;

---

<sup>1</sup> Sous réserve des recommandations prochaines du comité d'étude sur l'expropriation, qui peut éventuellement proposer la centralisation à Québec de tous les mécanismes d'expropriation.

<sup>2</sup> *Idem.*

- 5) à créer une banque de personnel (de toutes catégories) où ces établissements pourront puiser;
- 6) à conclure, avec ces mêmes établissements, des contrats aux termes desquels ils s'engagent à réaliser les buts qu'elle leur assigne, en contrepartie d'une somme forfaitaire annuelle qu'elle leur octroie.

738. Dans l'exercice de sa fonction de planification régionale, l'ORS doit établir, par l'entremise des divers niveaux de coordination régionale, des liens appropriés avec l'Office de la planification et du développement du Québec, de façon à coordonner leur action. En matière d'immobilisations et de construction, l'ORS doit encore établir un lien satisfaisant avec le ministère du Travail, de façon que ce dernier adapte ses normes aux besoins propres des constructions dans le domaine de la santé.

739. La population desservie par l'ORS et les organismes de distribution des soins de son territoire (CLS, CCS et CHU) participent à ses activités de deux façons : d'abord, en désignant certaines des personnes physiques qui composent cette corporation (participation décisionnelle) d'après les modalités prévues dans la loi des ORS; ensuite, en élisant une partie des membres du « conseil régional de la santé » auprès de l'ORS, et auquel sont soumises, pour consultation obligatoire et périodique, les orientations générales de l'ORS (participation consultative). L'ORS désigne les membres du conseil, ou de préférence, fixe un mode d'élection selon les dispositions de la loi des ORS. Ce conseil compte obligatoirement des représentants des « conseils consultatifs » auprès des CCS et des CHU, de la population en général et des CLS, des CCS et des CHU de son territoire.

740. Même si les responsabilités de l'ORS sont de puissance publique, nous avons choisi, pour des raisons d'efficacité et de souplesse administratives ainsi que pour favoriser la participation de la population, d'en faire une corporation publique jouissant de pouvoirs délégués dans le secteur de la santé. Nous proposons, à titre de suggestion, que cette corporation compte vingt membres : 3 nommés par le gouvernement du Québec, 2 par l'université de la région, 3 par le ou les CHU du territoire, 6 par l'ensemble des CLS et des CCS de la région (3 par les CLS et 3 par les CCS) et 6 par la population de la région.

741. Cette corporation fait fonction de conseil d'administration, et peut élire un bureau de direction parmi ses membres. Elle

engage un administrateur général et les fonctionnaires nécessaires; aux différents services qui composent son administration, elle peut adjoindre des comités consultatifs où sont entendus les différents intéressés, notamment les organismes de distribution des soins de la région.

742. L'ORS comporte trois directions générales : (1°) une direction de la recherche, de la planification et de l'évaluation qui, en collaboration avec la direction générale de la recherche et de la planification du ministère de la Santé, conçoit des programmes régionaux de santé qu'elle soumet pour approbation au conseil d'administration; (2°) une direction générale des services de santé, qui est responsable de l'application de ces mêmes programmes et, enfin, (3°) une direction générale de l'administration qui assume les fonctions, traditionnelles de soutien interne de l'ORS : contentieux, finances, personnel, archives, équipement et maintenance.

743. À chacune de ces directions générales se rattachent des services plus directement chargés de secteurs spécifiques. Ainsi, sous la direction générale de la planification et de la recherche, on trouve un service des programmes de santé publique qui se divise en deux sections : prévention et étude du milieu. À l'aide de ces sections, le service élabore les programmes régionaux de santé publique, dont la partie relative au milieu appartient à la compétence de l'ORS lui-même et l'autre, relative aux soins personnels, est la responsabilité des centres de soins.

744. On trouve également un service des programmes de soins qui, au moyen de ses trois sections, élabore les programmes régionaux en matière d'organisation de soins généraux, spécialisés et ultraspecialisés ainsi que les modalités d'application et d'évaluation de ces programmes; l'ORS confie la réalisation de ces programmes aux CLS, aux CCS et aux CHU de son territoire. Ces services et leurs sections comptent un personnel spécialisé de techniciens et de professionnels qui travaillent en équipes multidisciplinaires à l'élaboration des politiques régionales reliées, toutefois, aux normes et directives provinciales et conformes aux objectifs régionaux fixés par les autorités provinciales.

745. Sous la direction générale des services de santé, œuvre un service de la protection de la santé publique auquel se rattachent deux sections : contrôle du milieu et des produits et agrément des CCS. Par le truchement de ces sections, le service exécute les programmes élaborés par le service des programmes de santé publique



et exerce les activités de puissance publique nécessaires à la protection générale de la santé de la population, tel l'agrément des CCS.

746. Enfin, à la même direction générale se rattache un service des unités de distribution des soins, divisé en trois sections : le soutien technique, les programmes budgétaires et les contrats et l'approbation des projets d'immobilisations. La section du soutien technique fournit aux unités de distribution des soins rattachées à l'ORS l'assistance dont elles ont besoin en matière d'information, de finances, de contentieux ou autres et utilise à cette fin le personnel de la direction générale de l'administration. Par ailleurs, la section des programmes budgétaires et des contrats s'assure de l'approbation des budgets des CCS et des CHU rattachés à l'ORS, et de la signature des contrats nécessaires au fonctionnement de ces centres de soins. Enfin, la section de l'approbation des plans d'immobilisations examine les projets soumis en regard des objectifs régionaux de planification. Ces services et leurs sections emploient un personnel spécialisé : techniciens et professionnels.

747. Un conseil régional de la santé aide l'ORS. À titre de suggestion, il peut comprendre trente membres, soit 5 groupes de 6 membres, désignés chacun par les conseils consultatifs auprès des CLS, leurs correspondants auprès des CCS et les régions administratives de l'aire de responsabilité de l'ORS, ou choisis pour représenter les corps intermédiaires et les groupes régionaux intéressés à la santé publique.

## RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

4.VI.62. *QU'en vue d'une planification régionale du régime de la santé, le territoire du Québec soit partagé en régions sanitaires et que soit institué dans chacune d'elles un office régional de la santé (ORS) doté de la personnalité juridique, par l'adoption d'une loi appropriée.*

4.VI.63. *QUE l'ORS soit chargé*

- a) *de constituer le dossier exact de la région sanitaire et d'établir une planification et une programmation en fonction des besoins régionaux;*

- b) de pourvoir à l'organisation et au fonctionnement des centres de soins sur son territoire (soins curatifs, préventifs et de réadaptation), à même les sommes mises à sa disposition à cet effet par le ministère de la Santé.

4.VI.64. QUE, dans le cadre des politiques ministérielles, soit confiée à l'ORS l'exécution de tâches de santé publique, actuellement assumées par divers services centraux et relatives au milieu (inspection des établissements industriels et commerciaux, inspection des aliments, contrôle sanitaire de la pollution, etc.).

4.VI.65. QUE, compte tenu de ses fonctions et en tant que personne morale publique exerçant, en vertu d'une délégation, une partie de la puissance publique, l'ORS puisse

- a) autoriser la constitution des CCS de la région et désigner leur aire territoriale, conformément aux normes provinciales;
- b) prescrire les normes administratives de régie auxquelles ces établissements sont contraints dans la réalisation de leurs objectifs;
- c) contrôler la conformité de leurs activités à ces normes;
- d) mettre en tutelle les CCS qui ne s'acquittent pas de façon satisfaisante de leurs responsabilités ou qui empruntent sans son approbation, et prendre en charge, au besoin, la création de certains CLS;
- e) édicter pour son territoire, dans le cadre de la politique provinciale de la santé publique, des règlements précis quant au milieu et aux produits.

4.VI.66. QUE la corporation de l'ORS possède tous les pouvoirs généraux des corporations ordinaires et, de plus, celui d'expropriation pour elle-même et pour les organismes de distribution des soins.

4.VI.67. QUE la corporation de l'ORS possède également les pouvoirs ordinaires des compagnies de gestion de façon

- a) à recevoir du gouvernement du Québec et à mettre à la disposition des CCS et CHU les sommes consacrées, dans son territoire, au fonctionnement du régime de la santé;
- b) à emprunter les sommes indispensables à la poursuite de ses objectifs : projets d'immobilisations, amélioration de l'équipement, etc.;
- c) à faire, sous réserve de la politique générale du gouvernement en la matière, les expropriations utiles à la poursuite de ses objectifs;
- d) à acheter et à revendre, à titre de grossiste, les biens d'équipement et de consommation dont les CLS, les CCS et les CHU ont besoin;
- e) à créer une banque de personnel (de toutes catégories) où ces établissements pourront puiser;
- f) à conclure avec ces mêmes établissements des contrats aux termes desquels ils s'engagent à atteindre les buts qu'il leur assigne, en contrepartie d'une somme forfaitaire annuelle qu'il leur octroie.

4.VI.68. QUE, dans l'exercice de sa fonction de planification régionale en matière de santé, l'ORS établisse, par l'entremise des divers niveaux de coordination régionale, des liens appropriés avec l'Office de la planification et du développement du Québec de façon à coordonner leur action.

4.VI.69. QU'en matière d'immobilisations, l'ORS établisse un lien satisfaisant avec le ministère du Travail pour que ce dernier adapte ses normes aux besoins propres des constructions dans le domaine de la santé.

4.VI.70. QUE la corporation de l'ORS compte une vingtaine de membres représentant l'État, l'université de la région, le ou les CHU de son territoire, les CLS et les CCS de la région et, enfin, la population du territoire.

4.VI.71. *QUE la corporation de l'ORS agisse comme conseil d'administration, se désigne un bureau de direction parmi ses membres et engage un administrateur général.*

4.VI.72. *QUE l'ORS comporte trois directions générales ayant chacune à leur tête un directeur général relevant de l'administrateur général :*

- 1) *une direction générale de la planification et de la recherche qui conçoit des programmes régionaux de santé et qui est responsable, en collaboration avec l'université,*
  - a) *de l'évaluation des résultats des programmes régionaux de santé et des résultats des unités régionales de distribution des soins;*
  - b) *de la collaboration avec la direction générale de la planification et de la recherche du ministère de la Santé dans ses projets de recherche opérationnelle et de recherche appliquée;*
- 2) *une direction générale des services de santé, responsable de l'application de ces mêmes programmes; et*
- 3) *une direction générale de l'administration qui assume les fonctions traditionnelles de soutien interne de l'ORS.*

4.VI.73. *QUE, sous la direction générale de la planification et de la recherche, soit établi un service des programmes de santé publique comprenant deux sections : prévention et étude du milieu.*

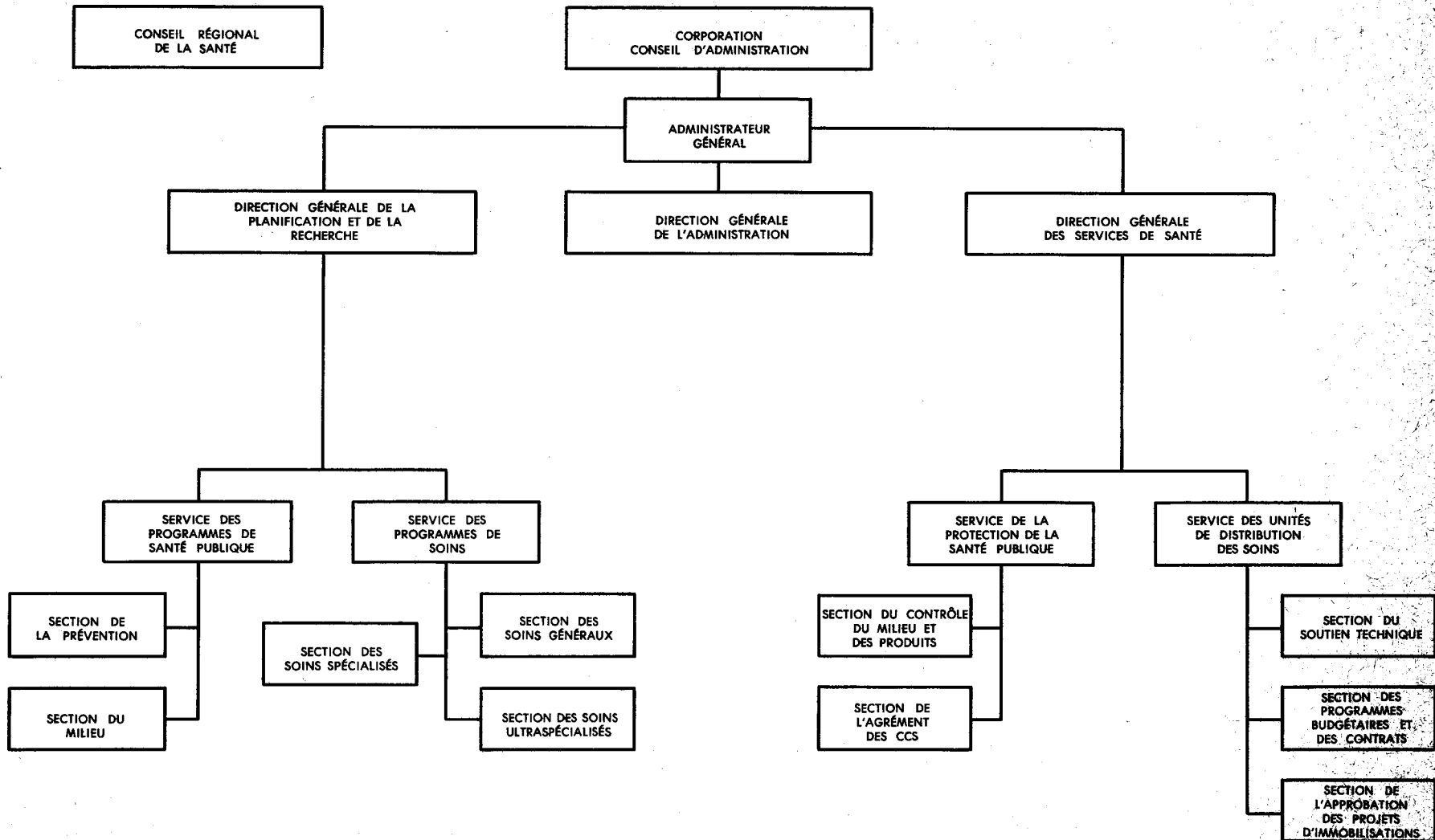
4.VI.74. *QUE, sous la direction générale de la planification et de la recherche, se trouve également un service des programmes de soins chargé, au moyen de trois sections, d'élaborer les programmes régionaux d'organisation de soins généraux, spécialisés et ultra-spécialisés.*

4.VI.75. *QUE, sous la direction générale des services de santé, œuvre un service de la protection de la santé publique auquel se rattachent deux sections : contrôle du milieu et des produits et agrément des CCS.*

*4.VI.76. QUE, sous la même direction générale, soit établi un service des unités de distribution des soins divisé en trois sections : soutien technique, programmes budgétaires et contrats, et approbation des projets d'immobilisations.*

*4.VI.77. QU'un conseil régional de la santé aide l'ORS et soit formé de représentants désignés par les conseils consultatifs auprès des CLS, leurs correspondants auprès des CCS et les régions administratives de l'aire de responsabilité de l'ORS, ou choisis pour représenter les corps intermédiaires et les groupes régionaux intéressés.*

**ORGANIGRAMME VI.2**  
**L'OFFICE RÉGIONAL DE LA SANTÉ**



## 5<sup>E</sup> PALIER : LES ORGANISMES CENTRAUX

748. En matière de santé, les fonctions de puissance publique au niveau central, quelles que soient par ailleurs les formes institutionnelles utilisées et compte tenu de l'hypothèse de décentralisation qui a servi à l'élaboration des structures des quatre paliers institutionnels décrits plus haut, peuvent être groupées comme suit :

1. planification, définition de la politique générale de la santé et coordination des programmes régionaux de façon qu'ils s'insèrent dans le cadre de la politique générale; détermination des objectifs généraux quant aux soins (généraux, spécialisés et ultraspécialisés) et de la politique de la santé publique, quant au milieu (établissements commerciaux et industriels, pollution, etc.) et quant aux produits alimentaires (eau, lait, viande, etc.); établissement du budget provincial de la santé et partage de ce dernier en budgets régionaux; négociation, avec le gouvernement fédéral, des programmes et normes de santé pancanadiens; établissement de la coordination dite horizontale avec les autres services, tels l'éducation, la main-d'œuvre, les services sociaux, les loisirs, etc.; recherche sur les modes d'évaluation de la qualité des soins et de l'efficacité du système de distribution et sur les prévisions de besoins d'effectifs et de main-d'œuvre; négociation des conditions de travail des professionnels de la santé; service de contrôle des dépenses publiques à l'intérieur du mandat confié par le ministère des Finances;
2. établissement d'un service unifié de compilation et de gestion de dossiers de santé;
3. réalisation de la politique de la santé publique relative au milieu et aux produits;
4. surveillance des organismes administratifs régionaux responsables de l'exécution des objectifs régionaux : promulgation de normes sur l'activité administrative des ORS et contrôle de l'observance de ces normes par ces derniers;
5. promulgation de normes générales en matière de construction dans le domaine de la santé et de dépenses pour les divers établissements de santé;
6. fourniture de services techniques aux ORS : études de développement et de rentabilité, organisation et méthodes, traitement des statistiques de la santé, conseils de divers types;

7. détermination des programmes d'enseignement et de recherche et des ressources financières qu'ils nécessitent, et partage de celles-ci entre les établissements d'enseignement;
8. organisation d'un système de normes et de contrôle des actes professionnels;
9. représentation des citoyens en général et des intérêts du secteur auprès des organes centraux d'orientation et de décision;
10. protection des citoyens contre l'incurie ou l'éventuel arbitraire des organes administratifs du régime de la santé.

749. Un seul et même organe ne saurait évidemment remplir l'ensemble de ces tâches. Les six premières fonctions — planification générale du secteur de la santé (1), établissement d'un service des dossiers de santé (2), réalisation de la politique de la santé publique (3), surveillance et fourniture de services aux organismes administratifs régionaux (4 et 5), planification de l'enseignement et de la recherche dans le domaine de la santé (6) — ne peuvent être assumées sans coordination avec les politiques globales de l'État : cette coordination et la détermination des priorités d'investissement qu'elle implique constituent une tâche qui doit s'inscrire dans le processus général des décisions politiques. Pour cette raison, nous considérons que ces fonctions doivent normalement être assumées par des organes centraux de l'État : le ministère de la Santé (fonctions 1, 2, 3, 4, 5 et 6) et le ministère de l'Éducation (fonction 7). Les trois fonctions suivantes — promulgation et contrôle des normes d'activité professionnelle (8), représentation (9) et protection du citoyen (10) — comportent une dimension scientifique (8) ou technique (9, 10) qui justifie leur réalisation par des organismes centraux autres que le ministère.

750. Les organismes qui assument l'ensemble de ces fonctions sont : (1°) le ministère de la Santé et ses organes administratifs de consultation; (2°) le ministère de l'Éducation et ses organes administratifs de consultation; (3°) la Régie de l'assurance-maladie; (4°) les ordres professionnels; (5°) le conseil supérieur de la santé; (6°) le conseil de la recherche sur la santé; (7°) le Protecteur du citoyen.

#### **A. — LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

751. Dans notre système politique, le gouvernement demeure l'ultime responsable de l'allocation et de l'utilisation des ressources



affectées au secteur de la santé. Les recommandations visant à déléguer certains pouvoirs de planification et de coordination des services aux ORS et à confier la distribution des soins spécialisés et généraux aux CCS et aux CLS qui leur sont rattachés ne signifient pas une diminution de pouvoirs et de responsabilités pour le ministère de la Santé. Le but d'un système décentralisé est essentiellement de favoriser les décisions là où l'information est le plus efficacement utilisée et où les problèmes sont étudiés et résolus le plus rapidement et le plus efficacement possible, tant au point de vue de la qualité des soins que de l'efficacité économique et sociale du système.

752. Même si le ministère de la Santé conserve tous les pouvoirs généraux d'intervention intégrale, le ministre n'utilise ces pouvoirs qu'en cas d'urgence ou en dernier ressort. Deux raisons majeures incitent le ministère à pareille discrétion. En premier lieu, il est important que les ORS développent et maintiennent le sens de leurs responsabilités. Une trop grande centralisation ou des interventions injustifiées rendent impossible le recrutement d'administrateurs compétents aux paliers régional et local, et illusoire toute tentative de réelle planification du régime de la santé. De plus, il apparaît essentiel que le ministre de la Santé et ses hauts fonctionnaires ne s'immiscent pas dans les problèmes particuliers de chaque région et les décisions d'administration quotidienne, afin de concentrer leurs énergies sur les tâches de direction générale du régime de la santé. De façon générale, le ministère de la Santé exerce ses pouvoirs par la promulgation de normes et laisse aux ORS et aux CCS la responsabilité d'appliquer ces règles aux cas particuliers.

753. Le ministère de la Santé propose à l'Assemblée nationale une politique de la santé pour le Québec et veille à sa réalisation : tâche à la fois accrue et simplifiée par rapport à la situation actuelle.

754. Elle est accrue de deux façons : (1°) d'abord, par la responsabilité de toutes les normes de protection de la santé publique, relatives au milieu (établissements industriels ou commerciaux, pollution, etc.) et aux produits utilisés par le public (aliments) et actuellement confiées à des organismes dispersés (ministère de l'Agriculture); (2°) ensuite, par la planification générale de la distribution des soins (curatifs, de réadaptation ou préventifs), alors que son rôle actuel de planification se limite à celle de certains soins curatifs et à la distribution des soins préventifs par les « unités sanitaires ».

755. Par contre, elle est simplifiée par la réintégration dans le système commun de la distribution des soins des activités de distri-

bution à la charge du ministère actuel : les « unités sanitaires » deviennent des CLS ou y sont intégrées, se rattachent à des CCS ou des CHU, et certains établissements qui dépendent du ministère, par exemple les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux pour tuberculeux, sont confiés à l'ORS de la région où ils sont situés (et éventuellement intégrés à des CCS ou à des CHU). Le ministère abandonne ce qu'on peut appeler ses attributions de type « industriel » pour assumer plutôt des attributions de puissance publique : conception et contrôle.

756. La politique québécoise de la santé, que le ministère doit définir, donne lieu à la conception et à la mise en marche de deux groupes distincts de programmes : (1°) les programmes de distribution des soins (de tous types et de tous niveaux) et les programmes immobiliers connexes; (2°) les programmes de protection de la santé publique : (a) normes, inspections et contrôle du milieu et des produits (aliments, pollution, établissements divers, etc.); (b) mesures diverses de prévention (vitaminisation, fluoration, chloration, etc.); (c) réglementation, inspections et contrôle des ORS; (d) normes uniformes pour tous les centres de santé du Québec et leur inspection.

757. Ces deux types de programmes (distribution des soins et santé publique) appellent naturellement deux groupes distincts de services de conception, l'un et l'autre requérant les conseils des ORS et des universités, respectivement. Ils appellent également une coordination totale et pertinente.

758. Il est normal, d'une part, que l'on consulte les universités (faculté des sciences de la santé) dans la définition de normes uniformes pour tous les centres de santé du Québec, sanctionnées par le ministre de la Santé. Ce « règlement des centres de santé » porte sur les obligations de nature administrative et financière qui lient ces établissements et sur l'éventail et les modalités des soins que doit offrir chaque type d'organismes de distribution (CLS, CCS, CHU).

759. Il est normal, d'autre part, que le ministère consulte les ORS, quant à l'établissement des programmes de soins, pour coordonner les activités des ORS et pour recevoir l'expression des besoins régionaux en matière de programmes de soins (de tous niveaux); de même, le ministère doit consulter les ORS quant à l'observance des règlements administratifs et des normes de fonctionnement et de décisions (immobilisations, emprunts, rapports service/population, etc.), édictés à leur intention.

760. Naturellement, tout comme leur conception, la réalisation des deux types de programmes (santé publique et distribution des soins) nécessite deux structures de services : l'une, chargée de la réalisation des programmes de protection de la santé publique; l'autre, responsable de l'exécution des programmes de soins par les ORS. Dans cette dernière tâche, le ministère de la Santé n'exerce, par définition, que des activités de contrôle et de soutien à l'égard des ORS (finances, contentieux, inspection, contrôle et tutelle administrative, etc.). Ces derniers sont, comme nous l'avons expliqué, les réalisateurs décentralisés de ces programmes qu'ils adaptent aux besoins régionaux et pour l'exécution desquels ils reçoivent objectifs, normes et ressources. Le ministère met lui-même en application les programmes de protection de la santé publique, mais il confie également aux ORS les activités de puissance publique telles que les visites et les prélèvements.

761. Le ministère de la Santé, à la différence des autres organismes du régime de la santé décrits jusqu'ici, ne possède évidemment pas la personnalité juridique, mais agit par le truchement de la personne morale de l'État.

762. Comme tous les autres ministères, celui de la Santé relève d'un ministre dont les responsabilités administratives sont déléguées au sous-ministre. Nous n'entendons pas reprendre ici toutes les règles administratives communes aux différents ministères, mais nous aborderons plutôt l'organisation interne dans la mesure où elle est particulière au secteur de la santé et partie intégrante du régime.

763. Le sous-ministre a pour tâche principale de coordonner l'activité des directions générales (planification et recherche, services de santé, administration et relations de travail) qui lui sont soumises; néanmoins il conserve l'exécution directe d'une responsabilité, celle d'assurer la liaison avec les autres ministères, principalement dans les domaines de l'éducation, des services sociaux, du travail et de la main-d'œuvre.

764. La direction générale de la planification et de la recherche (dont nous avons déjà recommandé la création<sup>1</sup>) formule les politiques générales d'organisation du régime de la santé pour le Québec. À cette fin, elle recueille l'information nécessaire par une enquête permanente sur l'état de santé de la population et des enquêtes spéciales sur les problèmes particuliers révélés par l'enquête perma-

---

<sup>1</sup> *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, volume I, *L'Assurance-maladie*, p. 175.

nente; par la tenue de registres provinciaux sur les maladies infectieuses, les maladies chroniques, le cancer, les accidents, les empoisonnements et les morts violentes, les mortalités périnatales et infantiles, les malformations congénitales; par la compilation de renseignements sur l'inventaire (effectifs et ressources) et le fonctionnement du système de distribution des soins. Elle est en outre chargée de l'évaluation de la qualité et de l'efficacité du système de distribution des soins; à cette fin, elle établit, à l'intention des divers établissements de distribution des soins, des normes de compétence. De plus, elle organise et coordonne l'activité des services chargés de recherches en matière de santé publique et de programmes de soins. Elle soumet ces politiques au sous-ministre (et par lui, en dernier ressort, au ministre s'il y a lieu) pour approbation et elle étudie toute question relative à ces matières que lui soumet le sous-ministre.

765. La direction générale des services de santé exécute les décisions du ministre et du sous-ministre. Elle dirige et coordonne l'activité de ses services selon les politiques concrètes élaborées par la direction générale de la planification et de la recherche.

766. La direction générale de l'administration assume des fonctions de soutien analogues à celles qu'on retrouve sous ce titre dans tout autre ministère. La direction générale des relations de travail, dont la Commission a déjà recommandé la création<sup>1</sup>, a pour fonctions principales d'élaborer et de coordonner les politiques de rémunération dans le domaine de la santé, de conseiller le ministre et, par delà, la structure centrale de négociations, dans les négociations avec les travailleurs de la santé et, enfin, de recueillir les renseignements et les informations nécessaires à la bonne marche des négociations.

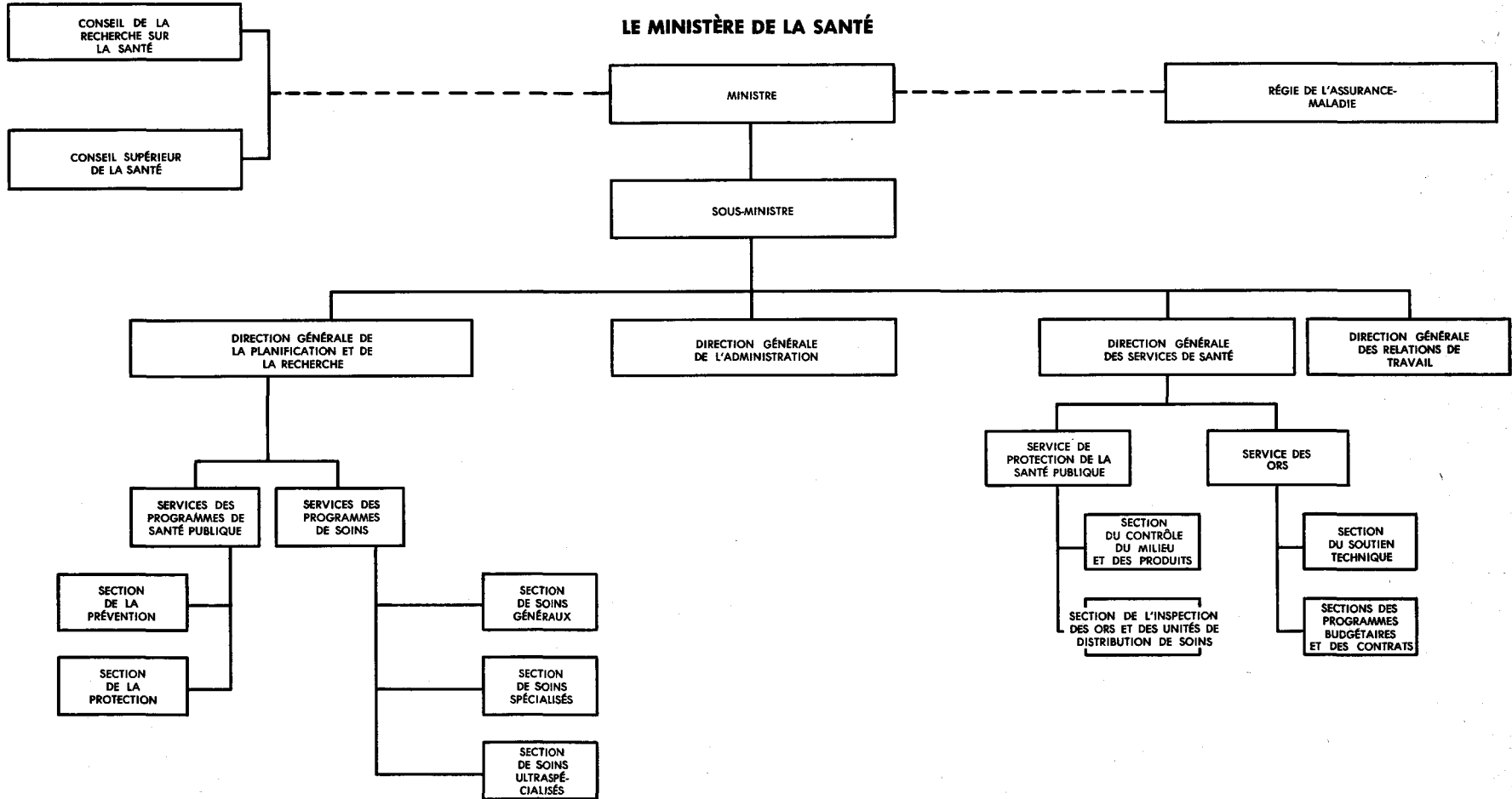
767. Les services, sous l'autorité et la coordination des directions générales, assument la tâche d'énoncer la politique ministérielle. Sous la direction générale de la planification et de la recherche, on trouve un service des programmes de santé publique auquel se rattachent deux sections : prévention et protection. La section de la prévention conçoit les programmes de soins et les mesures générales telles la fluoruration, la vitaminisation et autres. Quant à la section de la protection, elle conçoit les programmes de protection de la santé publique en matière de normes, inspections et contrôle du milieu et des produits, des ORS et des établissements hospitaliers.

---

<sup>1</sup> *Ibid*, pp. 161, 162 et 164.

## ORGANIGRAMME VI.3

### LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ



768. Sous cette même direction générale, un service des programmes de soins, au moyen de trois sections, élabore des politiques en matière d'organisation de soins généraux, spécialisés et ultraspécialisés (curatifs, préventifs et de réadaptation).

769. Par ailleurs, sous la direction générale des services de santé, on trouve deux services : le service de la protection de la santé publique et le service des ORS. Le service de la protection de la santé publique comprend deux sections : le contrôle du milieu et des produits et l'inspection des ORS et des unités de distribution des soins. Par le truchement de ces sections, le service exécute la politique élaborée par le service des programmes de santé publique et exerce des activités de puissance publique nécessaires à la protection générale de la santé de la population.

770. Quant au service des ORS responsable de l'exécution des programmes de soins, il assure, par l'intermédiaire de deux sections, le soutien technique et les programmes budgétaires et contrats, le soutien et le contrôle à l'égard des ORS, réalisateurs décentralisés de ces programmes dans le cadre des besoins régionaux, pour l'exécution desquels ils reçoivent ressources, objectifs et normes du ministère. Enfin, la direction générale de l'administration groupe les services de soutien et fournit au ministère lui-même les services de contentieux, de finances, d'archives, de personnel, d'équipement et d'entretien dont il a besoin. C'est également à cette direction que revient la responsabilité de mettre sur pied un service unifié de compilation et de gestion des dossiers de santé et de s'assurer des mesures particulières de secret des renseignements contenus dans ces dossiers. Le service doit fournir instantanément à tous les agents de distribution des soins et du système administratif du régime les informations requises.

## RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

*4.VI.78. QUE le ministère de la Santé soit chargé de la planification et de la définition de la politique générale de la santé au Québec.*

*4.VI.79. QUE l'ensemble de cette politique fasse l'objet de programmes budgétaires intégrés dits :*

*a) de protection de la santé publique;*

- b) de distribution des soins généraux;
- c) de distribution des soins spécialisés;
- d) de distribution des soins ultraspécialisés.

4.VI.80. *QUE la planification et la réalisation des programmes de distribution des soins soient régionalisées et confiées aux ORS, selon le système de distribution à trois niveaux institutionnels décentralisés (CHU, CCS, CLS).*

4.VI.81. *QUE les diverses tâches découlant de la politique de la santé publique (sécurité, salubrité, qualité du milieu et des produits), réalisées actuellement par divers organismes centraux, soient intégrées aux programmes de protection de la santé publique du ministère de la Santé.*

4.VI.82. *QUE le ministère de la Santé comporte quatre directions générales : planification et recherche, services de santé, administration et relations de travail.*

4.VI.83. *QUE la direction générale de la planification et de la recherche conçoive la politique de la santé au Québec et recueille de trois façons distinctes, l'information nécessaire :*

- 1) *par une enquête permanente sur l'état de santé de la population et des enquêtes spéciales sur les problèmes particuliers révélés par l'enquête permanente;*
- 2) *par la tenue de registres provinciaux sur les maladies infectieuses, les maladies chroniques, le cancer, les accidents, les handicaps physiques, les empoisonnements et les morts violentes, les mortalités périnatales et infantiles et les malformations congénitales;*
- 3) *par la compilation de renseignements sur l'inventaire (effectifs et ressources) et le fonctionnement du système de distribution des soins.*

4.VI.84. *QUE la direction générale de la planification et de la recherche évalue la qualité des soins et l'efficacité du système de distribution, et qu'à cette fin elle*

*établis, à l'intention des divers établissements de distribution des soins, des normes de compétence.*

4.VI.85. *QUE la direction générale de la planification et de la recherche, en collaboration avec les universités, les ORS et le conseil de la recherche sur la santé, oriente et commande la recherche dans les trois domaines suivants :*

- 1° la validation des normes de qualité des soins et d'efficacité du système de distribution;*
- 2° la recherche opérationnelle sur le fonctionnement du système;*
- 3° la recherche appliquée sur de nouveaux modes de distribution des soins et d'évaluation de la qualité et de l'efficacité.*

4.VI.86. *QUE la direction générale de la planification et de la recherche crée deux services : les programmes de santé publique et les programmes de soins.*

4.VI.87. *QUE la direction générale des services de santé comprenne deux services : la protection de la santé publique et le service des ORS.*

## **B. — LE MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION**

771. Conformément à l'esprit du *Rapport de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec*, nous avons établi, dans une section précédente consacrée au CHU, la responsabilité du ministère de l'Éducation à l'égard du système d'enseignement des sciences de la santé. Les organes d'enseignement sont autonomes, tant ceux du niveau secondaire supérieur (CEGEP) que ceux du niveau supérieur (université et CHU ou CCS), et le rôle du ministère consiste donc à coordonner l'activité de ces organes en fonction des besoins du Québec en ce domaine. Or, si les programmes d'enseignement sur la santé du niveau secondaire supérieur sont approuvés par la Direction générale de l'enseignement secondaire supérieur, ceux du niveau supérieur relèvent des universités et sont harmonisés, au palier provincial, par le Conseil des universités auprès du ministère et par le Comité de la formation médicale dont la Commission a recommandé la formation dans son rapport sur les médecins internes et résidents<sup>1</sup> et qui, à la rigueur, peut s'intégrer au Conseil des

<sup>1</sup> *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, volume II, Les médecins internes et résidents, p. 66.*



universités et à la Direction générale de l'enseignement supérieur. En conséquence, le ministère de l'Éducation assure cette coordination par le moyen du budget provincial d'enseignement des sciences de la santé.

772. Ce budget est réparti entre deux types de programmes : programmes d'enseignement théorique et programmes d'enseignement clinique, pour chacun des deux niveaux d'enseignement, secondaire supérieur ou supérieur. Ainsi, dans l'enveloppe financière que reçoit le CEGEP, au titre de l'enseignement théorique et clinique des sciences de la santé, une partie est consacrée au financement de l'enseignement théorique qu'il dispense lui-même ; l'autre finance les contrats de service qu'il conclut avec les CHU ou CCS de sa région et où ses étudiants reçoivent une partie de l'enseignement secondaire supérieur professionnel (infirmières, techniciens, aides thérapeutes, etc.).

773. Le ministère de l'Éducation répartit entre les universités, avec le concours du Conseil des universités, les sommes affectées aux programmes d'enseignement théorique et clinique des sciences de la santé, de la même manière que les sommes affectées à d'autres secteurs d'enseignement. Toutefois, la partie du budget alloué aux centres d'enseignement clinique supérieur doit être bien identifiée par rapport à l'ensemble du budget qu'une université reçoit au chapitre des sciences de la santé. L'université, par sa faculté des sciences de la santé, distribue ce budget à chacun des CHU qu'elle a agréé, après entente avec l'ORS, et à chacun des CCS avec qui elle conclut un contrat à cette fin, et leur fixe des objectifs d'enseignement très précis.

774. Bien entendu, le budget d'enseignement des sciences de la santé répond aux besoins du régime de la santé en matière de personnel de toutes catégories. Les ministres de l'Éducation et de la Santé (par le truchement des ORS) s'assurent de la coordination du budget d'enseignement avec celui du système de distribution des soins.

775. C'est par la Direction générale de l'enseignement secondaire supérieur, le Conseil des universités, le Comité de la formation médicale et la Direction générale de l'enseignement supérieur que s'opère, au ministère de l'Éducation, l'ajustement des programmes d'études aux ressources financières qu'ils nécessitent. Le budget québécois, unique et rationalisé, destiné à l'enseignement des sciences de la santé doit comprendre les programmes de tous types et de tous niveaux et inclure les dépenses actuelles dans ce domaine.

## RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

- 4.VI.88. *QUE les sommes consacrées par le gouvernement à l'enseignement des sciences de la santé s'intègrent dans un budget unique sous la responsabilité du ministre de l'Éducation.*
- 4.VI.89. *QUE ce budget, pour chacun des deux niveaux d'enseignement, secondaire supérieur et supérieur, comprenne des programmes distincts d'enseignement théorique et d'enseignement clinique.*
- 4.VI.90. *QUE les fonds destinés à l'enseignement universitaire théorique et clinique soient répartis entre les universités, avec le concours du Conseil des universités.*
- 4.VI.91. *QUE la partie du budget alloué aux centres d'enseignement clinique supérieur soit bien identifiée par rapport à l'ensemble du budget qu'une université reçoit au chapitre des sciences de la santé.*
- 4.VI.92. *QUE les ministres de l'Éducation et de la Santé (par les ORS) soient responsables de la coordination du budget d'enseignement des sciences de la santé avec les besoins du régime en matière de personnel.*

### C. — LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE

776. Conformément à une recommandation formulée par la Commission, dans son rapport sur l'assurance-maladie<sup>1</sup>, le Parlement du Québec a adopté, en juin 1969, la Loi de la Régie de l'assurance-maladie du Québec<sup>2</sup>, qui crée un organisme dont les fonctions principales sont d'élaborer et de mettre en place, avant le 1<sup>er</sup> juillet 1970, de concert avec le ministre de la Santé et le ministre du Revenu et sous l'autorité du gouvernement, les mécanismes administratifs d'instauration d'un régime d'assurance-maladie au Québec.

<sup>1</sup> *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, volume I, L'Assurance-maladie.*

<sup>2</sup> Loi de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, projet de loi N° 30, *op. cit.* Le gouvernement du Québec a, par la suite, présenté en première lecture un projet de Loi sur l'assurance-maladie, projet de loi N° 8, *op. cit.*

777. Cet organisme comprend douze membres tous nommés par le gouvernement, dont un président et un vice-président. Deux sont désignés après consultation des organismes représentatifs du monde des affaires, deux après consultation des organismes représentatifs du monde du travail et un après consultation des organismes représentatifs des professions de la santé autres que la médecine; trois membres qui doivent être médecins sont nommés, respectivement, sur la recommandation de l'Association des omnipraticiens, de l'Association des spécialistes et sur la recommandation mixte de ces deux associations; enfin, trois autres membres sont des fonctionnaires du gouvernement ou de ses organismes.

778. L'examen plus global du régime de la santé au Québec, auquel la Commission s'est livrée depuis cette recommandation relative à l'assurance-maladie, l'a convaincue que cette Régie doit avoir exclusivement une fonction d'administration et qu'elle doit relever de façon très étroite du ministre de la Santé.

779. Aussi la Commission croit-elle que la Régie ne doit en aucune façon exercer des tâches de planification et d'évaluation, fonctions qui, dans le régime proposé, ressortissent au ministère de la Santé et aux ORS. De plus, il est essentiel que, dans ses fonctions administratives, la Régie de l'assurance-maladie poursuive les mêmes objectifs que le ministère de la Santé.

## RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

*4.VI.93. QUE la Régie de l'assurance-maladie n'exerce pas de fonctions de planification et d'évaluation et n'ait qu'un rôle purement administratif.*

*4.VI.94. QUE la Régie de l'assurance-maladie poursuive, dans l'exercice de ses tâches administratives, les mêmes objectifs que le ministère de la Santé et qu'elle relève de façon très étroite du ministre.*

#### **D. — LES ORDRES PROFESSIONNELS**

780. Les ordres professionnels constituent, à n'en pas douter, une des composantes fondamentales du régime de la santé au Québec. Leur fonction dans l'organisation d'un système de normes et de contrôle des actes professionnels sur le territoire québécois revêt une importance primordiale.

781. Étant donné, toutefois, les implications multiples de l'existence de ces organismes (structures, composition, pouvoirs, etc.) qui débordent largement le domaine de la santé et s'étendent aux services sociaux et à beaucoup d'autres domaines, nous traiterons de toute cette question dans la cinquième partie de notre rapport<sup>1</sup>. Nous examinerons alors la structure, les fonctions et la place de ces organismes dans le régime de la santé.

#### **E. — LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ**

782. Dans les sections précédentes, consacrées aux CCS, aux CHU et aux ORS, nous proposons l'institution, auprès de ces organismes de distribution des soins, d'un conseil consultatif qui représente les intérêts du secteur (organismes de distribution des soins aux paliers inférieurs et professionnels de la santé travaillant au même niveau que chacun de ces conseils) et la population du territoire desservi par chacun de ces organismes. Cette pyramide d'organes consultatifs atteint le niveau de l'État par la création, auprès du ministre de la Santé, d'un « conseil supérieur de la santé » chargé de le conseiller dans la formulation et la mise en application de sa politique. Ce conseil composé de vingt-cinq membres, nommés par le Lieutenant-gouverneur en conseil, représente la population et les professionnels de la santé.

783. Vu l'importance d'une ligne de communication très étroite entre les conseils consultatifs des divers paliers du régime de la santé, nous suggérons la nomination de cinq membres de ce conseil sur recommandation des conseils consultatifs constitués auprès des CCS, après élection; de cinq autres par les conseils consultatifs constitués auprès des CHU, après élection; et de cinq par les conseils régionaux de santé constitués auprès des ORS, après élection. Dix autres membres du conseil représentent les organismes professionnels, syndicaux ou corporatifs de la santé.

---

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

784. Le sous-ministre de la Santé, les sous-ministres adjoints ou associés et le président-directeur général de la Régie de l'assurance-maladie du Québec sont d'office membres adjoints du conseil supérieur de la santé, mais sans droit de vote. Ils transmettent au conseil les renseignements utiles ou nécessaires à la poursuite de ses travaux.

785. Les membres du conseil supérieur de la santé élisent parmi eux un président et un vice-président, qui doivent l'un et l'autre consacrer au moins la moitié de leur temps à leurs fonctions.

786. Ainsi constitué, le conseil supérieur de la santé peut, s'il le juge à propos, former des comités spécialisés. Il reçoit et entend également les requêtes et les suggestions du public en matière de santé. Il soumet enfin au ministre de la Santé des recommandations sur toute question dans le domaine de la santé. D'autre part, le conseil, dans un délai raisonnable, donne son avis au ministre de la Santé sur les règlements que celui-ci édicte et qu'il est tenu de lui soumettre. Il donne également son avis au ministre sur toute question que celui-ci lui soumet. Enfin, il transmet au ministre, qui le communique au Parlement, un rapport annuel sur ses activités et sur les besoins du Québec dans le domaine de la santé.

## RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

*4.VI.95. QUE soit créé, auprès du ministre de la Santé, un organisme consultatif du nom de « conseil supérieur de la santé » composé de vingt-cinq membres, nommés par le Lieutenant-gouverneur en conseil et représentant la population et les professionnels de la santé.*

*4.VI.96. QUE cinq des membres du conseil supérieur de la santé soient nommés sur recommandation des membres des conseils consultatifs externes auprès des CCS, après élection; cinq autres sur recommandation des conseils consultatifs externes auprès des CHU, après élection; cinq sur recommandation des conseils régionaux de santé constitués auprès des ORS, après élection et, enfin, dix autres sur recommandation des organismes professionnels, syndicaux ou corporatifs, de la santé.*

- 4.VI.97. *QUE le sous-ministre de la Santé, les sous-ministres adjoints ou associés et le président-directeur général de la Régie de l'assurance-maladie soient d'office membres adjoints du conseil supérieur de la santé, mais sans droit de vote.*
- 4.VI.98. *QU'ils transmettent au conseil supérieur de la santé les renseignements utiles ou nécessaires à la poursuite de ses travaux.*
- 4.VI.99. *QUE les membres du conseil supérieur de la santé élisent parmi eux un président et un vice-président qui doivent l'un et l'autre consacrer au moins la moitié de leur temps à leurs fonctions.*
- 4.VI.100. *QUE le ministre de la Santé saisisse le conseil de la politique provinciale de la santé et des programmes et règlements en cette matière.*
- 4.VI.101. *QUE le conseil supérieur de la santé*
- a) *forme des comités spécialisés,*
  - b) *reçoive et entende les requêtes et les suggestions du public en matière de santé, et*
  - c) *soumette au ministre de la Santé des recommandations sur toute question de santé.*
- 4.VI.102. *QUE le conseil supérieur de la santé*
- a) *donne, dans un délai raisonnable, son avis au ministre de la Santé sur les règlements ou sur toute question que celui-ci lui soumet, et*
  - b) *soumette au ministre, qui le communique au Parlement, un rapport annuel sur ses activités et sur les besoins du Québec dans le domaine de la santé.*

## **F. — LE CONSEIL DE LA RECHERCHE SUR LA SANTÉ**

787. Alors que le conseil supérieur de la santé apparaît comme le prolongement des organes consultatifs des paliers inférieurs et qu'il est nécessairement composé de membres « engagés » du régime, le conseil de la recherche sur la santé présente un caractère nettement scientifique et compte des professionnels et des experts capables d'ouvrir des perspectives progressistes et nouvelles dans la politique de la santé du Québec et de promouvoir la recherche pure et appliquée dans le domaine des sciences de la santé et de l'organisation des services de santé.

788. Particulièrement axé sur l'avenir, le conseil de la recherche sur la santé exerce fondamentalement deux types de fonctions. D'une part, il évalue la réalisation de la politique, la remet en cause, découvre des orientations ou des objectifs nouveaux et suggère au ministre de la Santé la révision des programmes en conséquence. Voix autorisée pour signaler les obstacles et la résistance à la mise en application de la politique de la santé ou à son changement, ses préoccupations se situent dans une perspective à long terme. Le but recherché par la création d'un tel organisme ne peut donc pas être atteint par le conseil supérieur de la santé, dont les visées sont nécessairement à court terme.

789. D'autre part, il détermine les grandes orientations de la recherche dans le domaine de la santé et procède à l'octroi de bourses d'études et de subventions de recherche en conséquence. À cet égard, la Commission estime que le conseil de la recherche sur la santé doit remplacer l'actuel Conseil de recherches médicales formé par l'arrêté en conseil numéro 2305 du 2 décembre 1964. Il aura une vocation beaucoup plus large puisqu'il devra stimuler la recherche pure et appliquée dans les sciences de la santé et aussi dans l'organisation des services de santé et des systèmes de distribution des soins.

790. La Commission suggère que le conseil de la recherche sur la santé soit composé de neuf personnes, choisies avec l'assentiment du Conseil des ministres pour leur compétence et leur expérience scientifiques. Ces personnes peuvent ne pas être des résidents du Québec, ou même des citoyens canadiens.

791. Ce conseil est doté, par le ministre de la Santé, du personnel nécessaire à l'exercice de ses fonctions et possède, par sa loi constitutive, le droit de publier ses rapports.

## RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

- 4.VI.103. *QUE soit créé auprès du ministre de la Santé un conseil de la recherche sur la santé de caractère nettement scientifique et qui se compose de personnes, professionnels et experts, aptes à ouvrir des perspectives progressistes nouvelles dans la politique de la santé du Québec et à promouvoir la recherche pure et appliquée dans le domaine des sciences de la santé et de l'organisation des services de santé.*
- 4.VI.104. *QUE le conseil de la recherche sur la santé remplace l'actuel Conseil de recherches médicales formé par l'arrêté en conseil numéro 2305 du 2 décembre 1964.*
- 4.VI.105. *QUE le conseil de la recherche sur la santé*
- a) *évalue la réalisation de la politique de la santé,*
  - b) *remette cette politique en cause,*
  - c) *découvre de nouvelles orientations et de nouveaux objectifs,*
  - d) *suggère au ministre de la Santé la révision constante des programmes,*
  - e) *détermine les grandes orientations de la recherche sur la santé, et*
  - f) *procède à l'octroi de bourses d'études et de subventions de recherche.*
- 4.VI.106. *QUE le conseil de la recherche sur la santé soit composé de neuf personnes, choisies, à la discrétion du Lieutenant-gouverneur en conseil, pour leur compétence et leur expérience scientifiques et que ces personnes puissent ne pas être des résidents du Québec, ou même des citoyens canadiens.*
- 4.VI.107. *QUE le conseil de la recherche sur la santé soit doté par le ministre de la Santé du personnel nécessaire à l'exercice de ses fonctions et possède, par sa loi constitutive, le droit de publier ses rapports.*



## G. — LE PROTECTEUR DU CITOYEN

792. Il a été dit plus haut que le régime de la santé proposé doit être ouvert à l'expression d'opinions des citoyens. Divers moyens facilitent la réalisation de cet objectif : (1°) la participation décisionnelle et consultative de tous les organismes territoriaux du régime (CLS, CCS, CHU et ORS) ; (2°) la participation consultative de l'organisme central d'orientation et de décision du régime (ministère de la Santé) ; (3°) la possibilité de recourir directement aux organismes professionnels compétents et de leur présenter des plaintes concernant la qualité des actes professionnels. Un champ de frustrations éventuelles reste à couvrir : les décisions à caractère individuel et de nature administrative de tous les organismes du régime (admission, transferts, etc.).

793. Nous proposons, en conséquence, que la compétence du Protecteur du citoyen couvre le régime de la santé et qu'on puisse en appeler auprès de lui des décisions administratives de tous les organismes qui le composent.

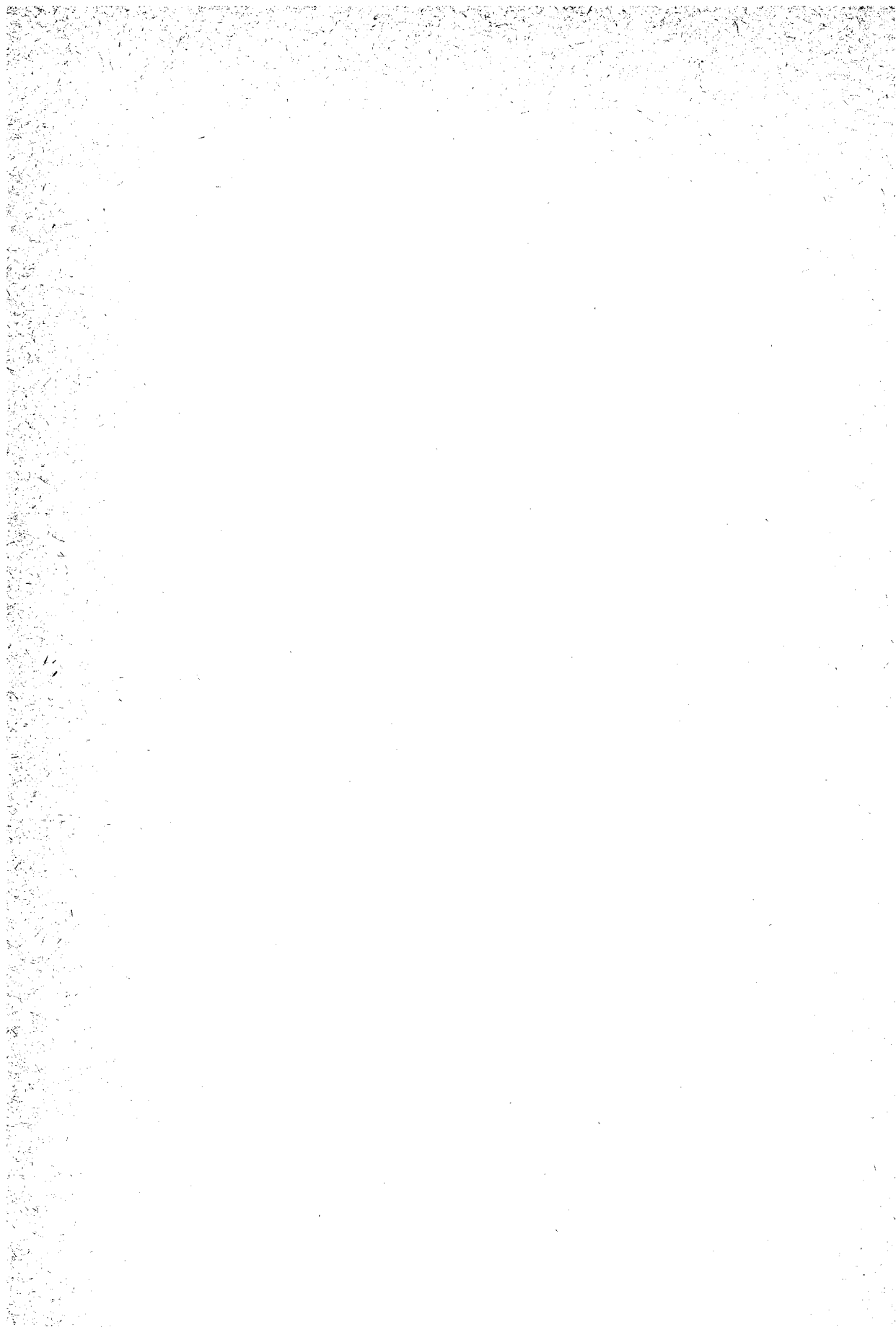
794. Il est entendu, pour éviter d'inextricables difficultés, qu'on ne doit recourir, de façon générale, au **Protecteur du citoyen** qu'après épuisement des recours administratifs internes <sup>1</sup>. Ainsi, un citoyen qui a à se plaindre d'arbitraire administratif (si on lui refuse des services auxquels il a droit) ou de comportements bureaucratiques (fuite de responsabilité, retard à statuer) peut, après avoir épuisé les recours normaux, s'adresser, si la chose est nécessaire, au Protecteur du citoyen.

## RECOMMANDATIONS

La Commission recommande :

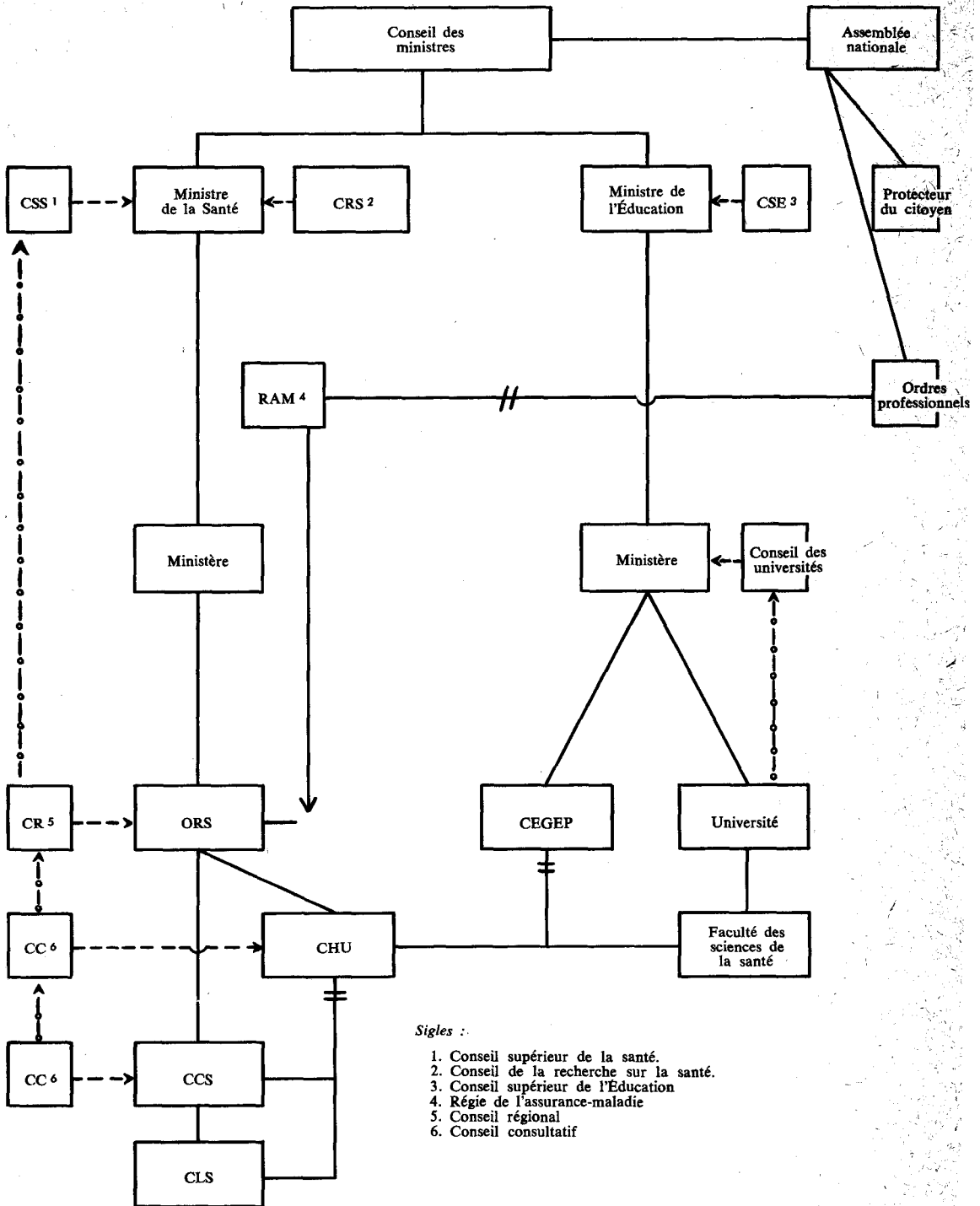
*4.VI.108. QUE le Protecteur du citoyen soit habilité à recevoir des plaintes relatives aux décisions de caractère individuel et de nature administrative qui émanent de tous les organismes du régime de la santé.*

<sup>1</sup> Par exemple, l'appel d'une décision auprès de l'autorité administrative de l'organisme même où elle a été prise, soit auprès du directeur général, dans le cas d'un établissement hospitalier; ou encore, l'appel d'une décision, maintenue par l'autorité administrative de l'organisme où elle a été prise, auprès de l'autorité administrative de l'organisme qui lui est hiérarchiquement supérieur, soit auprès du directeur de l'ORS, dans le cas des établissements hospitaliers.



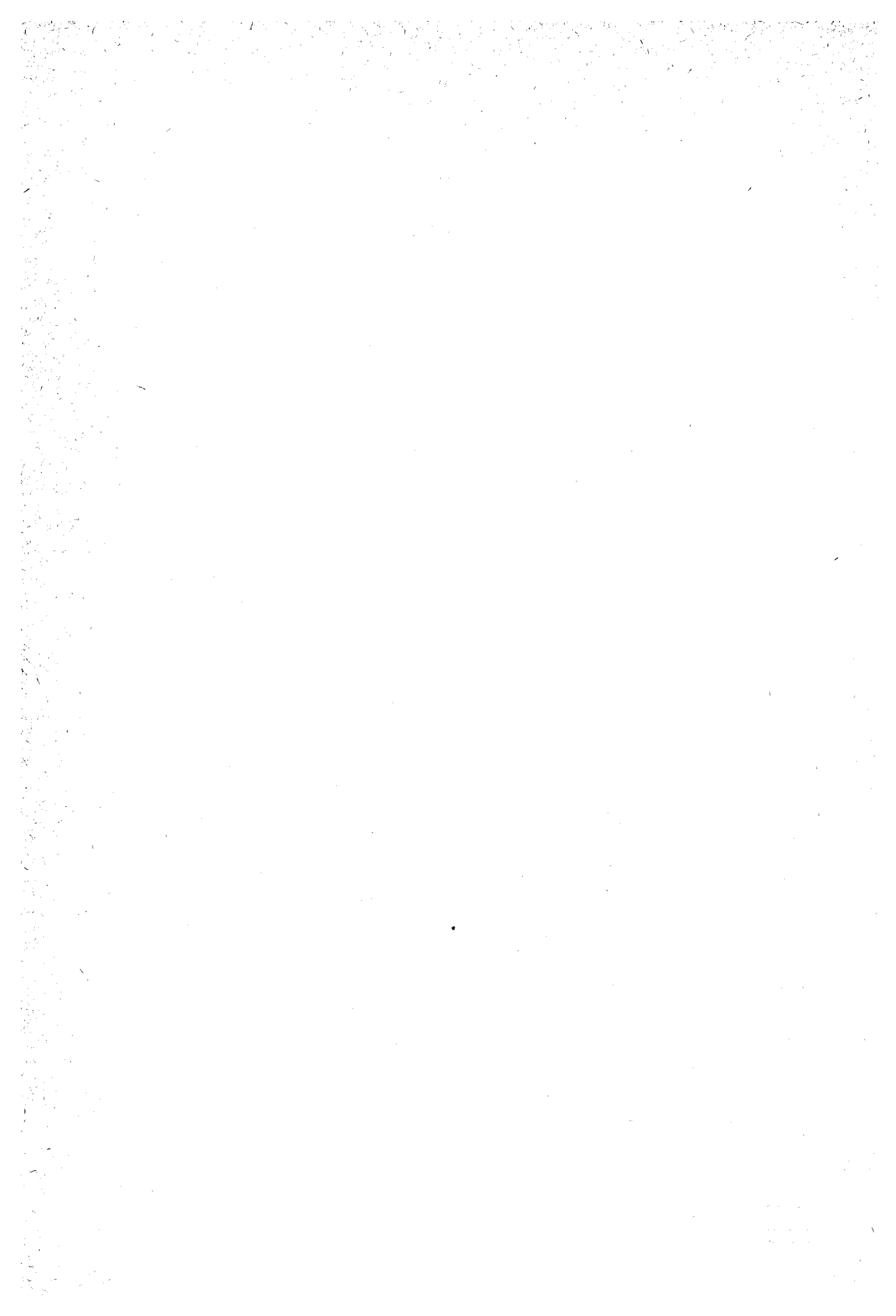
# ORGANIGRAMME VI.4

## LA STRUCTURE GÉNÉRALE DU RÉGIME DE LA SANTÉ



### Relations :

- rapports structurels
- - - - - conseil
- • - • - participe à
- // — rapports fonctionnels



## Deuxième partie

### Fonctionnement dynamique du régime de la santé

795. Après la présentation des organismes du régime de la santé proposé, nous exposerons leur fonctionnement dynamique en examinant leurs interrelations et leur rôle.

796. Rappelons que l'ensemble du régime se compose lui-même de trois sous-systèmes : distribution des soins, enseignement et recherche sur la santé, activités administratives de puissance publique. Pour chacun de ces systèmes, nous considérerons un à un les rôles administratifs nécessaires à son fonctionnement, les agents qui les exercent et les rapports qu'ils entretiennent à cet égard.

797. Ces rôles administratifs<sup>1</sup> consistent : (1°) à concevoir des politiques de la santé : contenu et organisation; (2°) à les appliquer : réalisation et ressources; (3°) à en régler l'application : inspection et contrôle; (4°) à établir les communications que nécessitent leur compréhension et leur acceptation : information et conseil.

#### A. — LE SYSTÈME ADMINISTRATIF DU RÉGIME<sup>2</sup>

798. Nous entendons par « système administratif du régime » l'ensemble des activités administratives de puissance publique. Sont donc présentement exclues les activités de distribution des soins, d'enseignement et de recherche sur la santé. Les organismes couverts se situent au niveau de l'État et au niveau régional. Pour esquisser l'image dynamique du système, nous nous servirons des rôles administratifs, plutôt que des organes qui les assument; nous présenterons, au passage, les activités et les relations interorganiques.

##### 1. — LES RÔLES DE CONCEPTION DU SYSTÈME ADMINISTRATIF

799. Ces rôles de planification et d'organisation appartiennent au ministère de la Santé, qui propose au Conseil des ministres la politique générale de la santé au Québec. À cet égard, le ministère peut discuter avec le ministère des Affaires intergouvernementales d'ententes

<sup>1</sup> Ces notions sont abordées dans l'appendice VI.1 du présent chapitre : « Note sur la méthodologie du chapitre ».

<sup>2</sup> Le fonctionnement du régime est représenté par des organigrammes aux pages 164, 165 et 166.

de toute nature concernant le secteur de la santé et intervenant entre le gouvernement du Québec et le gouvernement du Canada ou divers organismes internationaux. C'est principalement dans l'exercice de ce rôle que l'assistent le conseil supérieur de la santé<sup>1</sup> et le conseil de la recherche sur la santé.

800. Le ministère établit les programmes de soins curatifs, préventifs et de réadaptation (soins généraux, spécialisés, ultraspécialisés) qui sont réalisés dans les diverses régions sanitaires du Québec. Il s'acquitte de cette tâche à l'aide des projets de programmes que lui soumettent les ORS et des rapports statistiques qu'il reçoit de la Régie de l'assurance-maladie.

801. Le ministère établit également les programmes de protection de la santé publique (voir paragraphe 756) qui sont de quatre types : (1°) fixation de normes, définition des inspections et du contrôle auxquels sont soumis les organes administratifs régionaux de la santé : en somme, les règles régissant le fonctionnement des ORS ; (2°) fixation de normes, définition des inspections et du contrôle du milieu et des produits : règles générales de sécurité et de salubrité ; (3°) fixation de normes uniformes pour tous les centres de santé du Québec, y compris les CLS : normes minimales auxquelles doivent être conformes les décisions qu'ils prennent dans le cadre de leur compétence ; (4°) fixation de mesures diverses d'amélioration des produits de consommation : fluoration, vitaminisation, etc. Ces programmes sont conçus à l'aide de propositions adaptées aux besoins régionaux, que les ORS adressent annuellement au ministère ; également, le conseil de la recherche sur la santé et le conseil supérieur de la santé conseillent le ministère en ces matières.

## 2. — LES RÔLES D'EXÉCUTION DU SYSTÈME ADMINISTRATIF

802. Ces rôles consistent dans la réalisation des politiques de la santé par les programmes mentionnés ci-dessus et dans l'apport des ressources nécessaires (services de soutien). Ces programmes sont réalisés en partie par le ministère lui-même et en partie par les ORS.

803. En vue d'appliquer des programmes de protection de la santé publique, le ministère agréé d'abord les ORS. Ensuite, il exerce les activités provinciales de puissance publique nécessaires à la protection de la santé publique et relatives au milieu et aux produits, sauf les actes de même nature posés sur le territoire, tels que visites,

---

<sup>1</sup> Voir les paragraphes 816 à 819 du présent chapitre.

prélèvements, etc., dont il charge les ORS (et qui sont par conséquent intégrés à leurs programmes). Le ministère entre alors en contact avec divers organismes provinciaux (comme la Régie des Eaux) ou municipaux, avec les établissements commerciaux et industriels et avec la population en général. Enfin, le ministère applique lui-même les mesures d'amélioration des produits de consommation.

804. En matière de programmes de soins, le rôle du ministère ne consiste pas à les réaliser mais à en assurer le soutien. Il prépare, à l'intention des ORS qui les réalisent, les programmes budgétaires régionaux de la santé (immobilisations, équipement, services de santé pour la population) à partir des projets qu'ils lui soumettent. Le ministère fournit également aux ORS divers services techniques tels le conseil juridique, le conseil en gestion et en génie, etc. L'ensemble de ces objectifs et de ces ressources fait l'objet d'un contrat entre l'ORS et le ministère; l'ORS choisit lui-même, dans le cadre des normes générales définies par le ministère (immobilisations, emprunts, rapports services/population, etc.), les moyens et les modalités d'action par lesquels il réalise son programme régional de soins et les actes (visites, prélèvements, etc.) dont il est chargé par le ministère.

805. L'ORS répartit les programmes de soins (objectifs et ressources) entre les divers organes régionaux de distribution (soins généraux, spécialisés et ultraspécialisés) à partir des propositions que lui font ces derniers. L'ORS ne traite pas ces questions avec les CLS, sauf cas exceptionnels, parce que les objectifs et les ressources de ces organes de distribution des soins généraux sont intégrés à ceux des CCS (ou CHU) dont ils relèvent, quoiqu'ils soient inscrits séparément au budget de ces organismes. Les objectifs et les ressources, confiés par l'ORS aux CCS et aux CHU, font entre eux l'objet d'un contrat; l'ORS fixe par règlement les modalités de ses rapports administratifs avec ces organismes.

806. L'ORS agréé les CCS et délimite leur aire territoriale, ainsi que celle des CHU en tant que distributeurs de soins et non d'enseignement. Il assume, à l'égard des organismes régionaux de distribution des soins (CLS, CCS, CHU), un rôle de grossiste, en matière d'équipement et de personnel : ces organismes doivent ou se procurer ces biens et services auprès de l'ORS, aux taux fixés par lui, ou ne pas dépasser ces taux s'ils se les procurent sur le marché. Il gère, avec leur participation, leurs surplus d'opération, et l'ensemble des sommes impliquées constituent pour lui une caisse spéciale de sécurité. L'ORS fournit également, aux organismes de distribution des soins, divers services d'assistance technique et de conseil, en matière d'orga-

nisation, de gestion, de comptabilité, de contentieux, etc. À cette fin, il organise des conférences et des stages et publie à leur intention les circulaires et documents qu'il estime utiles.

807. Outre le ministère et les ORS, la Régie de l'assurance-maladie assume un rôle d'exécution dans le système administratif du régime proposé. D'après sa loi constitutive<sup>1</sup>, la Régie exerce dans le système administratif du régime un rôle de soutien, en rétribuant directement certains actes professionnels d'après des modalités et à des taux prévus dans les ententes conclues entre le ministère de la Santé et les divers professionnels de la santé; à cet égard, elle doit donc traiter avec les ORS qui transmettront alors documents et instructions propres aux organismes de distribution des soins agréés.

### 3. — LES RÔLES DE RÉGULATION DU SYSTÈME ADMINISTRATIF

808. Ces rôles consistent d'abord à comparer les actes d'un agent avec les objectifs, normes et règlements assignés et également les divers agents entre eux : c'est l'inspection ou l'évaluation; ensuite, à prendre les mesures de correction et parfois de sanction, de manière à garantir la conformité des actes posés dans l'avenir : c'est le contrôle. Deux types d'organes d'inspection à caractère systématique, régulier et statistique, sont prévus au régime et chacun d'eux se situe au palier central du système administratif du régime de la santé.

809. Il y a d'abord des organismes de caractère professionnel, composés de professionnels de la santé et qui examinent la valeur professionnelle des diagnostics et des traitements, à partir d'un échantillon pris au hasard ou des plaintes formulées par les citoyens; ces actes sont comparés aux normes générales fixées par eux, aux normes uniformes pour chaque catégorie de centres de santé établies par le ministère de la Santé, et aux règlements adoptés, en conformité de ces normes, par chaque organisme de distribution des soins, pour lui-même et à l'intention des organismes rattachés (les CLS aux CCS et CHU).

810. À cette fin, les organismes professionnels reçoivent de la Régie de l'assurance-maladie des relevés statistiques. Dans les activités d'enquête qu'ils entreprennent, ces organismes se mettent en contact avec les professionnels eux-mêmes ou les comités d'évaluation professionnelle des organismes de distribution des soins où œuvrent ces derniers; ils communiquent aux organismes hiérarchiques

---

<sup>1</sup> Loi de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, *op. cit.*



supérieurs les actes professionnels qu'ils estiment discutables. Enfin, les organismes professionnels font tenir au ministère des rapports de type statistique destinés à l'aider dans la définition de ses politiques de protection de la santé publique. Il est à noter que les citoyens peuvent saisir ces organismes d'actes professionnels qui ne font pas partie de leurs échantillons : les organismes sont alors tenus d'examiner ces cas et de faire connaître leurs conclusions au plaignant dans les délais fixés par leurs lois constitutives.

811. Le ministère de la Santé lui-même remplit un rôle d'inspection qui porte sur les organismes de distribution des soins et sur les ORS en tant qu'institutions. À l'égard des organismes de distribution des soins, le ministère vérifie la conformité de leur fonctionnement et de leur organisation au règlement des centres de santé (normes générales) et aux directives qu'émet à leur intention l'organisme hiérarchique supérieur et compétent (dans le cadre des normes générales) ; le ministère fait rapport de l'inobservance de ces normes à l'organisme qui a agréé l'établissement inspecté et à celui qui lui a confié par contrat divers objectifs de distribution des soins. À l'égard des ORS, le ministère s'assure que ces derniers respectent les règles de fonctionnement qu'il leur impose (normes de régie administrative).

812. Enfin, le Protecteur du citoyen participe au contrôle du régime ; il enquête, soit d'office, soit à la suite d'une plainte, sur tous les actes, de caractère individuel et de nature administrative, de tous les organismes du système administratif du régime de la santé ; il fait rapport de ses conclusions aux organismes en cause et, si la situation n'est pas rétablie à sa satisfaction, il saisit l'Assemblée nationale de la violation des droits des résidents du Québec. Le Protecteur est tenu de faire connaître ses conclusions aux plaignants.

813. Les sanctions qui résultent des rapports d'inspection (rapport des ordres professionnels sur les actes professionnels et rapport du ministère sur le fonctionnement des centres de santé) sont de nature professionnelle ou administrative <sup>1</sup>.

814. Les sanctions de nature professionnelle sont prises de la manière suivante. Dans chaque organisme de distribution des soins, les comités d'évaluation professionnelle (pour les CLS, ceux du CCS auquel ils sont rattachés) ont compétence pour adopter des mesures propres à corriger les actes dérogatoires rapportés par les organes d'inspection. L'organisme hiérarchique supérieur dans la structure

---

<sup>1</sup> En soi, une sanction est un acte administratif. C'est la raison pour laquelle nous couvrons même les sanctions de nature professionnelle.

s'assure, après enquête, de la conduite des coupables, et adopte éventuellement des sanctions appropriées : le CCS, par exemple, peut retirer son agrément aux CLS dépendants. Les ordres professionnels peuvent fixer les sanctions de leur choix contre leurs membres en défaut.

815. Les sanctions de nature administrative sont prises par l'organisme administratif supérieur. Le ministère de la Santé peut mettre en tutelle l'ORS et ce dernier, les CCS et CHU de son territoire. Les CCS et les CHU peuvent faire de même à l'égard des CLS dont ils assument le soutien total.

#### 4. — LES RÔLES DE COMMUNICATION

816. Nous entendons par « rôles de communication » les mécanismes de consultation et d'information, par lesquels le système administratif du régime demeure perméable aux influences externes et qui lui assurent compréhension et approbation de ses activités par le public. Les organismes qui réalisent ces rôles se situent auprès des instances décisionnelles du régime : auprès du ministère (palier central), auprès des ORS, (palier régional) et auprès de la corporation des organismes de distribution des soins (palier local).

817. La consultation vise à informer et à sensibiliser le régime aux besoins de la population : elle est la principale forme de défense du régime contre la technocratie, tout en respectant (puisque'un avis ne lie pas) les exigences minimales des inévitables contraintes techniques<sup>1</sup>. Par la consultation, en effet, la clientèle est à même de faire valoir sa réaction à de telles contraintes et d'en mieux comprendre la portée; c'est encore par elle que les instances décisionnelles prennent conscience des aspects discutables (sinon intolérables) de leurs décisions et, par un ajustement approprié, leur donnent une portée plus réaliste et donc plus sûre. Par conséquent, il faut communiquer aux organes de consultation toute décision relative à l'orientation des politiques du régime et à la réglementation de son fonctionnement.

818. Il ne suffit pas de créer un conseil consultatif auprès de chacune de ces instances, ainsi que nous l'avons suggéré plus haut (conseil supérieur de la santé, conseils régionaux de la santé, conseils consultatifs); il faut encore relier ces institutions entre elles de manière à créer une structure de consultation qui transmet à tous

<sup>1</sup> Voir à ce sujet : John Kenneth Galbraith, *Le Nouvel Etat industriel*, Gallimard, Paris, 1968; et J. Meynaud : *La Technocratie*, Payot, Paris, 1964.

les paliers du régime les attitudes, demandes et réactions de chacun d'eux. Pour cette raison, le conseil d'un palier inférieur doit désigner une partie des membres du conseil du palier supérieur. Les conseils de paliers différents établissent entre eux des rapports; il suffit d'affirmer qu'ils ont toute liberté d'information mutuelle, de travail en commun et d'organisation de leurs rapports. Tous déposent auprès du conseil du palier supérieur un rapport de leurs observations et recommandations.

819. Le conseil de la recherche sur la santé a un fonctionnement interne analogue à celui du conseil supérieur de la santé; toutefois, vu sa structure, sa composition et son rôle, il entretient peu de rapports avec les autres organismes du système (sauf, bien entendu, avec le ministère de la Santé auprès duquel il est constitué et avec le public, au moyen de la publication de son rapport annuel et des techniques habituelles d'information, telles conférences, communiqués, etc.).

820. L'information permet une utilisation facile et harmonieuse du régime de la santé par la population et, à ce titre, sert de contre-poids à la bureaucratie. À vrai dire, une certaine bureaucratie constitue, dans tout phénomène administratif, une garantie d'efficacité et d'équité puisqu'elle signifie la normalisation et l'objectivité du comportement des agents administratifs. Les excès de la bureaucratisation — le terme lui-même évoque un comportement sclérosé — commencent lorsque les agents administratifs adoptent des décisions et des attitudes qui les couvrent au lieu de permettre un service de meilleure qualité<sup>1</sup>. Le développement des services d'information oblige l'administration à prendre conscience de l'incompréhension et des inutiles difficultés ressenties par la population à l'égard de son fonctionnement et de ses documents, et entraîne des mesures de correction et une plus grande satisfaction mutuelle.

821. Le présent rapport suggère un système régionalisé d'information : il s'agit d'information en faveur des citoyens qui la réclament (information qu'on peut appeler « curative »). À ce type d'activités s'ajoute l'information générale auprès du grand public (information qu'on peut appeler « préventive »). Ainsi, toutes les institutions des divers paliers du régime organisent et diffusent l'information utile sur les structures et démarches suivantes : (1°) l'organisation des soins; (2°) les aires territoriales et les types de soins confiés à

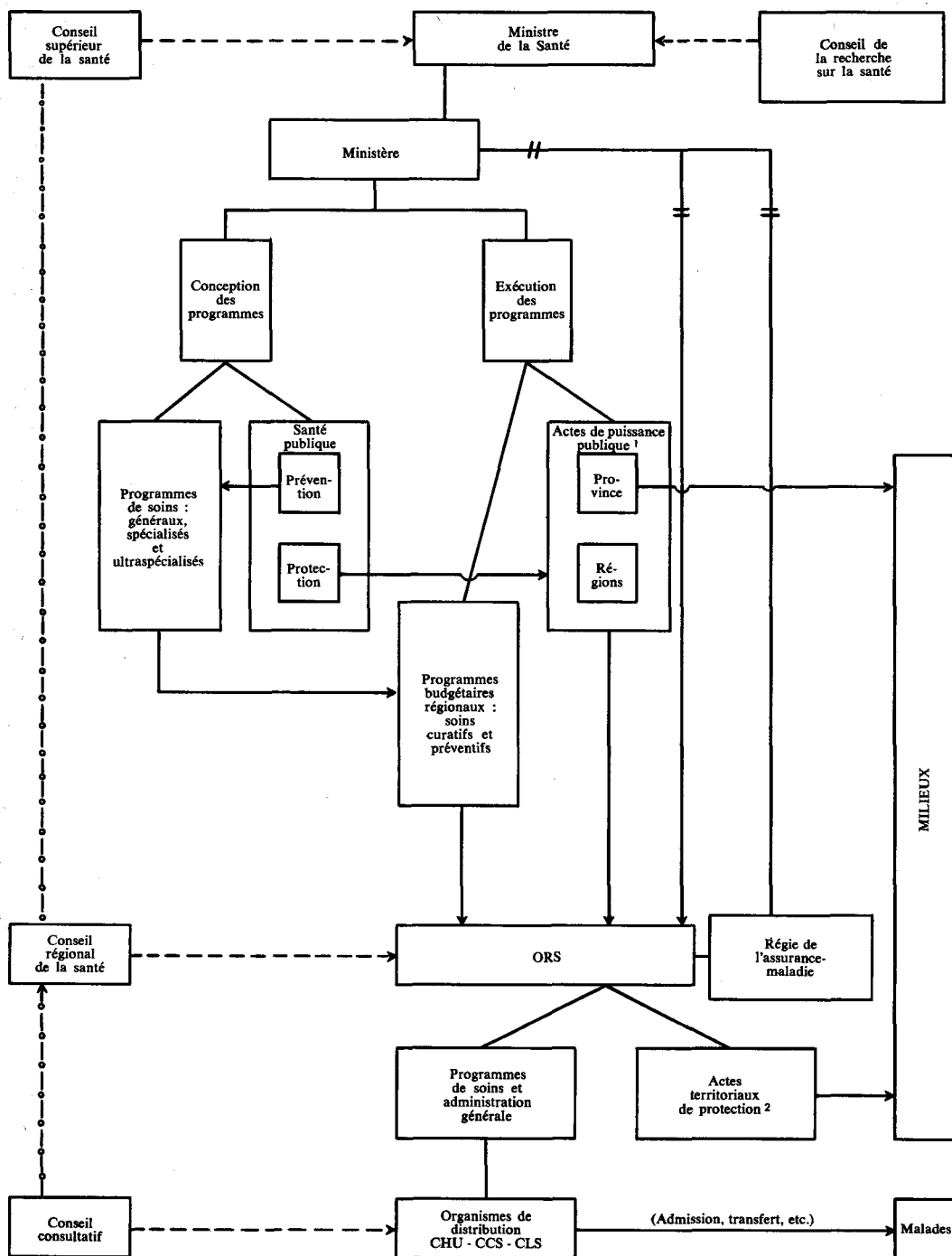
---

<sup>1</sup> Voir à ce sujet : M. Crozier, *Le phénomène bureaucratique*, Éditions du Seuil, Paris, 1963.

# ORGANIGRAMME VI.5.1

## LE SYSTÈME ADMINISTRATIF DU RÉGIME DE LA SANTÉ

### Rôles de conception, d'exécution et de conseil



**Légende :**

- Rapports structurels
- //— Rapports fonctionnels
- .-.-> Conseil
- o-o- Participe
- > Activités produites

<sup>1</sup> Actes de protection (contrôle du milieu et des produits); mesures d'amélioration; règlements administratifs et hospitaliers; inspections et contrôles du système.

<sup>2</sup> Visites et prélèvements commandités par le ministère.

## ORGANIGRAMME VI.5.2

### LE SYSTÈME ADMINISTRATIF DU RÉGIME DE LA SANTÉ

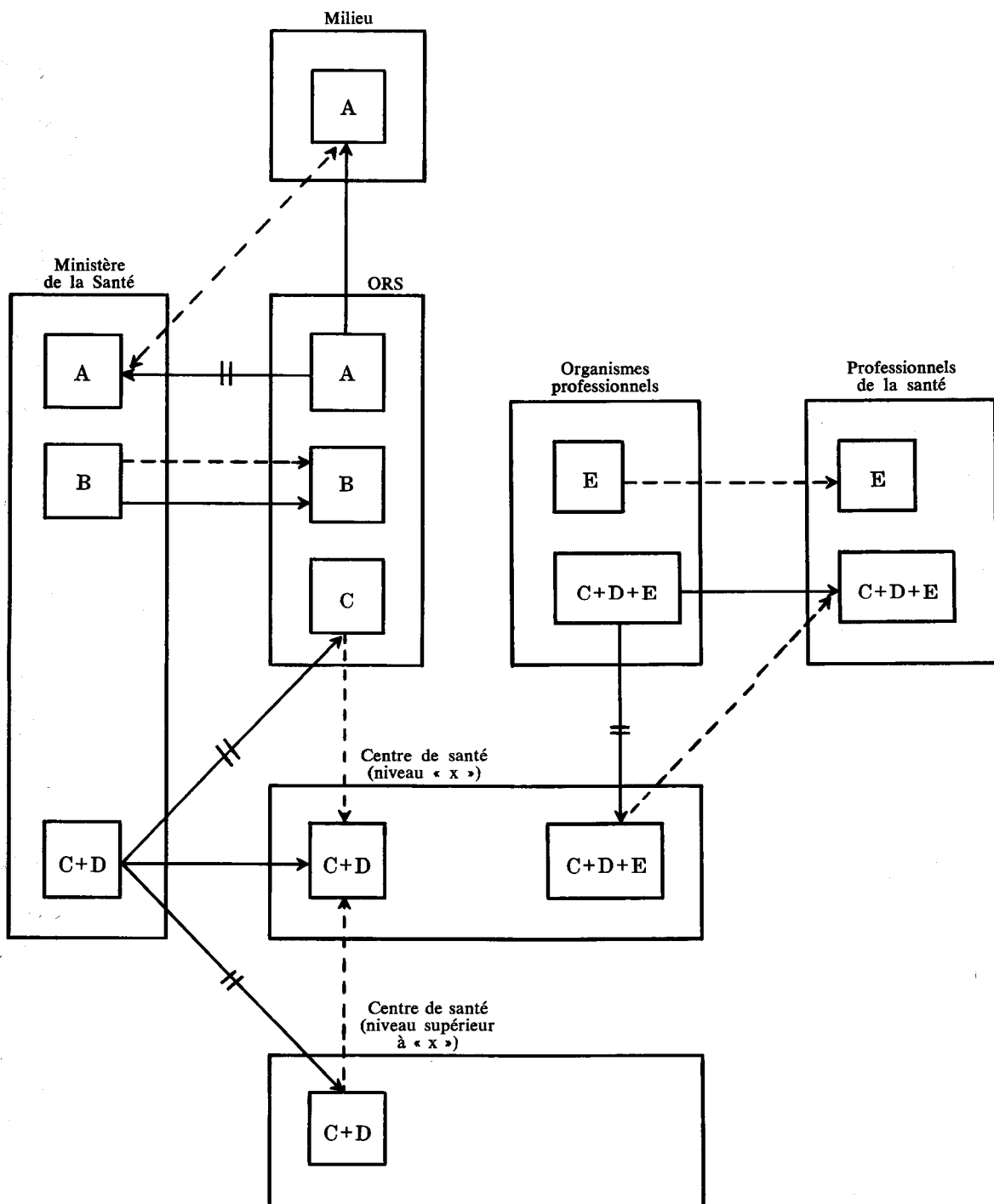
#### Actes d'inspection et de contrôle (origine et destinataire)

<i>Objet</i>	<i>Agent d'inspection</i>	<i>Organe inspecté</i>	<i>Rapport d'inspection</i>	<i>Sanctions</i>
Règlement de la santé publique (A)	ORS	Milieu	Au ministère	Par le ministère de la Santé
Règlement des ORS (B)	Ministère de la Santé	ORS	—	Par le ministère de la Santé
Règlement des centres de santé (C)	Ministère de la Santé	Centres de santé	— Au centre de santé de niveau supérieur — À l'ORS	Par l'ORS et le centre de santé supérieur
Règles hospitalières locales (D)	Ministère de la Santé	Centres de santé	— À l'ORS	Par le centre de santé supérieur
Code de déontologie (E)	Organismes professionnels	Professionnels	Au centre de santé	Par les organismes professionnels et par le centre de santé

# ORGANIGRAMME VI.5.3

## LE SYSTÈME ADMINISTRATIF DU RÉGIME DE LA SANTÉ

Inspection et contrôle : organes concernés; objet  
de l'inspection et du contrôle : A, B, C, D, E



chaque organisme du régime; (3°) la façon d'entrer et de s'orienter dans le système de distribution des soins; (4°) les possibilités de participation aux organismes de décision ou de conseil des divers paliers du régime; (5°) les façons d'acheminer vers les organismes appropriés les plaintes d'ordre administratif ou professionnel.

822. Les services d'information créés auprès de chacun des organismes du régime établissent de concert leurs programmes d'activités et les répartissent entre eux, de manière à harmoniser leurs efforts et, surtout, à constituer, dans le système administratif du régime, une véritable structure d'information. Nous estimons qu'une telle structure d'organismes d'information est complémentaire de celles des organismes consultatifs : elle est tout aussi nécessaire à la réalisation de l'objectif d'ouverture du régime de la santé proposé.

## **B. — LE SYSTÈME DE DISTRIBUTION DES SOINS <sup>1</sup>**

823. Quoique le système de distribution des soins constitue le cœur du régime de la santé proposé, la présentation de son fonctionnement dynamique se trouve simplifiée par le fait que les questions administratives en sont exclues, soit qu'elles relèvent du système administratif du régime, soit qu'elles consistent en des actes de gestion autonome qui ont été discutés lors de la présentation des structures internes des organismes qui le constituent : le CLS, le CCS et le CHU. Notre attention ne doit donc porter ici que sur la programmation et l'exécution des activités de distribution des soins de tous types (curatifs, préventifs et de réadaptation) et de tous niveaux (généraux, spécialisés et ultraspécialisés). Voyons les activités de chacun des organismes de distribution des soins et les relations qu'il entretient à ce sujet avec les autres établissements de la même structure.

### **1. — LE CENTRE LOCAL DE SANTÉ (CLS)**

824. Comme organes de distribution des soins généraux, tous les CLS se trouvent dans une situation obligatoirement réglementaire, par leur rattachement à un organe de distribution des soins spécialisés; certains sont, en plus, liés par contrat lorsque leur fonctionnement est subventionné par ce même organisme selon la formule choisie.

825. Le CLS est d'abord soumis aux normes prévues dans le « règlement des centres de santé », promulgué par le ministère de

---

<sup>1</sup> On trouvera un organigramme du système à la page 169.

la Santé, et qui établit l'éventail minimum des soins à prodiguer. Le CLS est également réglementé par le CCS ou le CHU qui l'a agréé et auquel il est rattaché : (1°) en matière de transfert des malades d'un CLS vers un autre dont la gamme de soins est plus large ou vers le CCS lui-même; (2°) en matière de santé publique, tels que vaccination, dépistage, etc., et de recherche que lui commande le CCS ou le CHU et dont les frais font l'objet d'un contrat entre eux; (3°) en matière de gestion interne, évidemment à partir des normes contenues dans le règlement des centres de santé, pour les CLS qui reçoivent une subvention de la part du CCS ou du CHU; (4°) à l'égard des actes professionnels susceptibles de constituer un traitement; ces règles s'ajoutent alors aux normes minimales contenues dans le « code de déontologie » adopté par les ordres professionnels à l'intention des professions qui en relèvent.

826. Les CLS, subventionnés par le CCS ou le CHU auquel ils se rattachent, sont, à cet égard, régis par un contrat qui fixe en un programme de soins leurs objectifs, l'éventail des soins à fournir et les normes de leurs décisions administratives en matière d'installations, de personnel, etc. L'importance de la participation financière du CCS ou du CHU au soutien du CLS est fonction du degré d'incitation désiré et des politiques régionales en cette matière; elle varie avec l'éloignement, la densité de population, etc. Les CLS subventionnés influent sur la planification et l'organisation de leurs activités par leur présence au sein de la corporation du CCS ou du CHU qui établit ce programme.

827. Tous les CLS sont sujets à l'inspection des comités d'évaluation professionnelle du CCS ou du CHU dont ils relèvent, lequel est également habilité à sanctionner leurs activités, soit par le retrait de leur agrément, soit par la modification des diverses aides qu'il leur fournit (éventuellement), soit par la mise en tutelle (lorsqu'il en assume le soutien financier total).

828. Tous les CLS sont soumis aux règlements de la Régie de l'assurance-maladie pour leurs rapports mutuels : objet, moyens et modalités.

## **2. — LE CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ (CCS) ET LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU)**

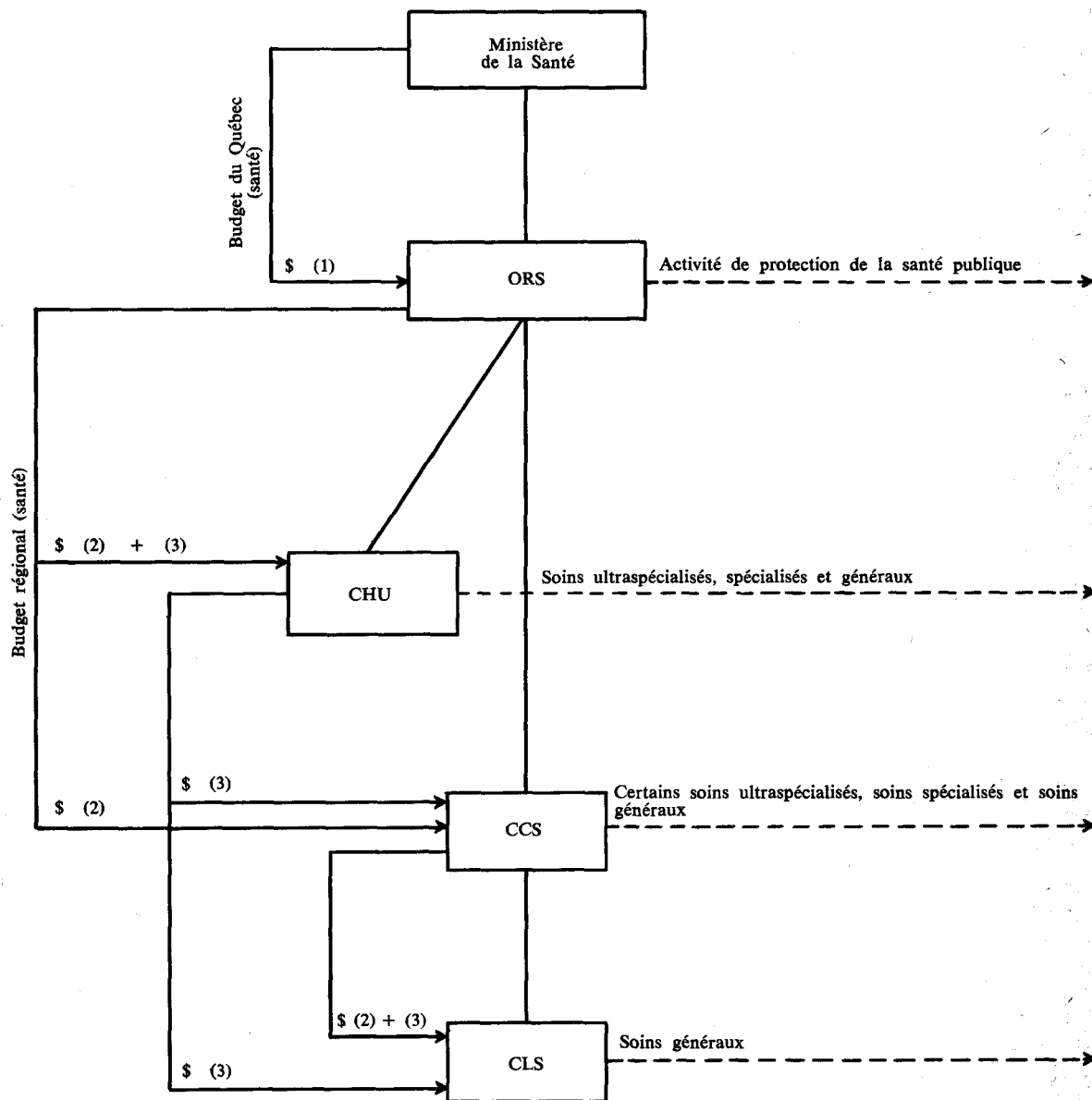
829. Des dispositions réglementaires et contractuelles régissent la situation de ces deux organismes de distribution des soins.



# ORGANIGRAMME VI.6

## LE SYSTÈME DE DISTRIBUTION DES SOINS

### Structures, ressources, types de distribution



**Légende :**

- > Activité de santé (soins et protection)
- ==> Ressources financières (provenance et destinataire)
- > Rattachement structurel

\$ (1) : soutien financier aux activités de santé (soins et protection)  
 \$ (2) : soutien financier aux soins (traitement)  
 \$ (3) : soutien financier aux soins (prévention)

830. Tous deux sont d'abord soumis aux règlements des centres de santé du ministère et aux normes professionnelles adoptées par les organismes professionnels et, de plus, aux règlements administratifs édictés et à leur intention par la Régie de l'assurance-maladie.

831. Le CCS, agréé par l'ORS, et le CHU, agréé par l'université après entente avec l'ORS, sont tous deux régis, en matière d'administration interne, par les décisions de l'ORS qui les subventionne et peut les mettre en tutelle sur le rapport de l'inspection administrative du ministère de la Santé.

832. Les CCS et les CHU sont liés à l'ORS par un contrat qui fixe leurs objectifs de distribution des soins (curatifs, préventifs et de réadaptation) et leurs ressources, en particulier la responsabilité d'établir un réseau de CLS dans un territoire donné et la capacité de les subventionner selon certaines conditions et d'après un programme préétabli, par un budget distinct intégré à leur budget global. Ils participent à la planification des programmes régionaux de la santé, par leur présence au sein de la corporation de l'ORS et au sein du conseil régional de la santé ainsi que par la présentation annuelle à l'ORS de leurs programmes de distribution des soins sous forme de projets de budget.

#### **C. — LE SYSTÈME D'ENSEIGNEMENT DES SCIENCES DE LA SANTÉ ET DE RECHERCHE SUR LA SANTÉ \***

833. Dans l'exposé du fonctionnement dynamique du système d'enseignement et de recherche, nous nous contentons d'indiquer les organismes compétents et les relations qu'ils ont entre eux, parce que nous avons traité des contraintes particulières du système dans les sections sur le CHU et le ministère de l'Éducation. Nous traitons séparément de l'enseignement théorique et de l'enseignement clinique, puisqu'ils sont réalisés par des mécanismes complètement différents.

834. Auparavant, notons que la responsabilité du budget de l'enseignement des sciences de la santé appartient au ministère de l'Éducation qui s'assure lui-même de la coordination qui doit exister entre l'enseignement (qu'il oriente) et les besoins en enseignement (que le ministère de la Santé détermine en élaborant les programmes de soins).

---

\* On trouvera un organigramme du système d'enseignement et de recherche, à la page 173.

## **1. — L'ENSEIGNEMENT THÉORIQUE**

835. En matière d'enseignement théorique, aussi bien au niveau secondaire supérieur qu'au niveau supérieur, le régime de la santé proposé n'implique pas de changement de la pratique actuelle : ni les mécanismes de préparation des programmes, ni la distribution des ressources qui en permettent l'exécution, ni les mécanismes de réalisation de cet enseignement, ni les contrôles auxquels cette dernière est soumise ne sont modifiés.

836. En effet, le ministère de l'Éducation répartit d'office entre les CEGEP les sommes affectées à l'enseignement secondaire supérieur en cette matière, d'après les programmes d'enseignement que ces derniers s'engagent à mettre en application et qui ont été coordonnés (en fonction des besoins du territoire) sous son égide. Les CEGEP décident des programmes qu'ils offrent et les réalisent dans le cadre des normes promulguées à cette fin par le ministère (direction de l'enseignement secondaire supérieur).

837. De même, le ministère distribue entre les universités les sommes destinées à l'enseignement supérieur, avec le concours du Conseil des universités. Les programmes sont conçus par les universités elles-mêmes et mis en application, sous leur contrôle, par leur faculté des sciences de la santé (ou par l'ensemble des organes qui en tiennent lieu) selon les mécanismes communs à tout l'enseignement universitaire.

## **2. — L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE**

838. En matière d'enseignement clinique, la situation est complètement différente. D'abord, parce que cet enseignement se donne au sein des organismes de distribution des soins; ensuite, parce que l'enseignement clinique entraîne chez ces derniers des coûts supplémentaires dans la distribution des soins; enfin, parce que cet enseignement n'est pas contrôlé par le même organisme que celui qui le dispense, contrairement à l'enseignement théorique.

839. De fait, parce que ce sont les CEGEP et les universités qui délivrent les diplômes, il faut qu'ils participent à la conception des programmes, qu'ils les approuvent et qu'ils acceptent les professeurs, les examens, etc. L'enseignement est dispensé au sein d'organismes distincts et autonomes : les CHU et les CCS (ou même les CLS) à qui ces derniers ont confié de telles tâches. Nous avons résolu cette difficulté en faisant participer directement les facultés des sciences de la santé et les CEGEP à la corporation des CHU (principaux res-

ponsables de l'enseignement clinique au Québec) où ils détiennent d'ailleurs la majorité. De la sorte, les programmes sont conçus par les facultés des sciences de la santé et réalisés par les CHU ou, le cas échéant, les CCS ou sous leur direction, par d'autres organismes de distribution des soins, d'une manière qui garantit le respect des objectifs et des normes de l'enseignement secondaire supérieur et de l'enseignement supérieur.

840. Quant aux ressources affectées à l'enseignement clinique, elles sont distinctes de celles affectées à l'enseignement théorique. Le ministère de l'Éducation distribue aux CEGEP les sommes au moyen desquelles ceux-ci commanditent, aux CHU ou, le cas échéant, aux CCS de leur choix, l'enseignement clinique dont leurs étudiants ont besoin; le ministère distribue de même aux universités, et avec le concours du Conseil des universités, les sommes destinées à financer les charges professorales de l'enseignement clinique supérieur. Quant aux frais supplémentaires d'enseignement des CHU ou des CCS (installations et soins plus complexes que ceux prévus pour un traitement « normal »), ils proviennent des ORS qui les intègrent à leur budget de distribution des soins.

841. De la sorte, le CHU ou, le cas échéant, le CCS se trouve l'agent d'exécution de l'enseignement clinique secondaire supérieur et supérieur et reçoit de deux sources distinctes les sommes pour remplir cette tâche : de l'université, qui finance l'enseignement clinique supérieur, et des CEGEP, selon un contrat qui fixe les objectifs d'enseignement clinique secondaire supérieur. Le CHU, ou le CCS, à son tour, par contrat et contre subvention, confie des tâches spécifiques d'enseignement aux CLS qui y sont rattachés.

## LE SYSTÈME D'ENSEIGNEMENT DES SCIENCES DE LA SANTÉ

Le diagramme illustre la structure de l'enseignement des sciences de la santé au Québec. À l'apex se trouve le **Ministre de l'Éducation**, qui supervise le **Conseil des universités** et la **Direction de l'enseignement secondaire et supérieur**. Le **Budget provincial d'enseignement des sciences de la santé** est une ressource commune. L'enseignement est divisé en deux grandes sections : l'**Enseignement théorique** et l'**Enseignement clinique**. L'**Enseignement théorique** implique une **Université** (qui reçoit le budget 'Supérieur théorique et clinique') et la **Faculté des sciences de la santé**. Le **CEGEP** reçoit le budget 'Secondaire supérieur théorique et clinique' et est lié à la faculté par des tâches (traitées par des lignes pointillées). L'**Enseignement clinique** implique le **CHU**, le **CCS** et le **CLS**. Le **CHU** reçoit des subventions et est lié à la faculté par des tâches. Le **CCS** et le **CLS** reçoivent également des subventions et sont liés au **CHU** et à la faculté par des tâches.

**Légende :** ———→ Ressources financières (provenance et destinataire)  
 ———→ Rattachement structurel  
 - - - - -→ Programme d'enseignement



## **Appendice VI.1**

---

### **Note sur la méthodologie du chapitre**





## Note sur la méthodologie du chapitre

1. Le régime de la santé proposé présente deux caractéristiques essentielles qui le distinguent profondément de l'actuelle structure de la santé au Québec : (a) d'abord, tous les phénomènes de la santé y sont vus en relation les uns avec les autres et forment un tout cybernétique; (b) ensuite, les actes administratifs qui en sous-tendent le fonctionnement y sont organisés selon les exigences minimales de la théorie administrative.

### A. — LE CARACTÈRE CYBERNÉTIQUE DU RÉGIME

2. La théorie cybernétique, dont les premières applications en sciences sociales nous ont été proposées par D. Easton<sup>1</sup>, et dont L. Mehl a montré l'utilité dans l'analyse des phénomènes administratifs<sup>2</sup>, repose sur les quatre concepts fondamentaux suivants : (1°) le milieu, qui présente des besoins (demandes) et engendre des ressources pour les satisfaire (appuis); (2°) le couple moyens-production (*input-output*), par lesquels les moyens mis en œuvre sont calculés en fonction des objectifs visés; (3°) la notion de système, qui exprime l'aspect dynamique d'un phénomène en considérant l'effet des facteurs qui le constituent les uns sur les autres et sur l'ensemble qu'ils forment; (4°) la notion d'ajustement (*feedback*), d'après laquelle sont observées les réactions du système aux modifications du milieu où il baigne et les réactions de ce dernier (tant en besoins qu'en ressources) aux changements qui se produisent dans ce système.

3. Pour que l'organisation d'un secteur administratif soit dite cybernétique, il faut donc qu'elle réalise les quatre conditions suivantes : (1°) que les décisions soient prises en fonction du milieu à desservir; (2°) que les diverses ressources (financières, humaines, matérielles, etc.) investies soient déterminées en fonction des objectifs fixés; (3°) que les diverses matières qui constituent l'objet du secteur soient reliées les unes aux autres de manière à former un ensemble intégré (et non seulement une collection de problèmes juxtaposés); (4°) que soient prévus des mécanismes permettant l'ajustement des activités de l'organisation à toute variation des besoins à satisfaire.

<sup>1</sup> David Easton : *A System Analysis of Political Life*, John Wiley, New York, 1965; du même auteur : *A Framework for Political Analysis*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, N. Y., 1965.

<sup>2</sup> Lucien Mehl : *Pour une théorie cybernétique de l'action administrative*, Traité de science administrative, Mouton, Paris, 1965.

4. Appliquées à l'organisation du secteur de la santé, ces conditions postulent les exigences suivantes :

1. la régionalisation des décisions qui commandent le développement et le fonctionnement du secteur, de manière qu'ils évoluent en fonction du territoire et de son développement. Ainsi, l'ensemble des responsabilités de puissance publique, en matière de planification et d'exécution des programmes de santé offerts à la population, est confié à un ORS, jouissant de la puissance publique et de l'autonomie juridique; la responsabilité des opérations qui matérialisent le service (traitement des malades) ou qui le rendent possible (gestion des centres de santé) est confiée à un réseau régional d'organismes autonomes, mandatés par l'ORS et ayant compétence sur un territoire délimité, à l'égard de types déterminés de soins : les CLS, les CCS, et les CHU.
2. la mise en relation des activités constituant le secteur avec les ressources ou composantes qui sont nécessaires à son fonctionnement, de manière que ces ressources soient proportionnées aux objectifs assignés au secteur (relation entrée-sortie) :
  - a) relation entre les objectifs de distribution des soins déterminés par les besoins de la population et les activités de traitement, qui sont établies dans les politiques de la santé du Québec, afin de permettre à tous un accès permanent aux soins. Cette relation est garantie par la participation des ORS à la planification du secteur et par l'organisation d'un service universel de renseignements sur la santé au sein de la Régie de l'assurance-maladie créée par la Loi de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (1969) ;
  - b) relation entre les ressources matérielles (financières et immobilières) nécessaires au fonctionnement des organismes du secteur de la santé et des objectifs qui leur sont assignés en matière de distribution des soins. Cette relation est établie au moyen de la technique des budgets-programmes confiés par le Québec aux ORS, et aux organes de distribution des soins par ces derniers ;
  - c) relation entre la qualité désirée du milieu ou des produits et des actes professionnels des agents de la santé, d'une part, et leur qualité observée, d'autre part. Cette relation est établie par les programmes de protection de la santé publique du ministère de la Santé, d'une part, et par des mécanismes d'inspection et de contrôle, d'autre part : l'inspection sta-

tistique des actes professionnels par les organismes professionnels et l'inspection administrative des établissements administratifs (ORS) ou des centres de santé (CLS, CCS, CHU) par le ministère de la Santé; le contrôle des actes professionnels par les organismes professionnels compétents et le contrôle de chaque centre de santé par l'organe de niveau supérieur;

d) relation entre l'enseignement théorique et pratique des sciences de la santé (programmes et ressources financières) dispensé dans l'ensemble du Québec et les besoins du secteur de la santé en personnel capable d'y exercer les diverses activités qui le constituent. Cette relation est garantie par l'établissement de mécanismes de planification et de soutien financier particulier à ce secteur d'enseignement dont le CHU constitue la plaque tournante;

3. l'intégration, en un ensemble unique, des trois types distincts d'activités qui constituent le secteur de la santé : la distribution des soins, l'enseignement et la recherche sur la santé et les activités administratives de puissance publique (planification et soutien de la production, protection de la santé publique, inspection et contrôle du secteur), de manière que ces activités, même conçues et réalisées par des organismes différents, soient néanmoins coordonnées et également sensibles à un même dynamisme général. Par cette intégration, le secteur de la santé constitue un système : le régime de la santé, lequel rassemble en un tout cohérent les échanges qu'ont entre eux des agents de diverses natures, mais dont la santé est la fin commune;

4. la participation, tant de la population en général que des distributeurs individuels de soins, aux mêmes mécanismes de consultation et de décision, de manière à garantir l'adaptation du régime de la santé (système) aux changements des besoins et des attitudes du milieu. Ainsi, des conseils sont adjoints à la plupart des organismes du régime de la santé proposé et des voies sont réservées, à la direction de ces organismes, à des représentants du public et des agents de distribution.

## **B. — LES EXIGENCES DE LA THÉORIE ADMINISTRATIVE \***

5. L'ensemble des phénomènes communs à tous les secteurs administratifs peut être scindé en quatre groupes distincts : (1°) les

---

\* Lionel Ouellet : « Concepts et techniques d'analyse des phénomènes administratifs », *Revue canadienne de science politique*, septembre 1968, volume I, N° 3, pp. 310-335.

activités matérielles constituant un secteur; (2°) les rôles fonctionnels par lesquels se réalisent ces activités : (3°) les organes ou agents entre lesquels se répartissent ces divers rôles; (4°) les processus ou circuits d'échange qui relient entre eux ces divers organes en vue d'une même fin. C'est seulement en « décomposant » de la sorte un champ d'administration qu'on peut espérer en maîtriser la complexité, sans oublier aucun des problèmes administratifs propres à sa nature.

6. Pour que l'organisation d'un secteur administratif satisfasse aux exigences de la théorie administrative générale, elle doit être conçue de manière (1°) à départager les activités de nature distincte et à les regrouper en structures spécifiques permettant d'en saisir la complémentarité; (2°) à dégager, pour chacune de ces catégories d'activités, les rôles administratifs parmi ceux que distingue le théorie générale : planification et organisation, réalisation et soutien, inspection et contrôle, information et consultation; (3°) à identifier, pour chaque rôle administratif, l'organe chargé de l'assumer et à préciser l'autorité des divers organes les uns sur les autres; (4°) à relier en processus ou circuits d'échange, ordonnés à une même fin, les diverses activités constituant le secteur considéré.

7. Appliquées à l'organisation du secteur de la santé, ces exigences de la théorie administrative nous ont conduits aux choix ou démarches suivants :

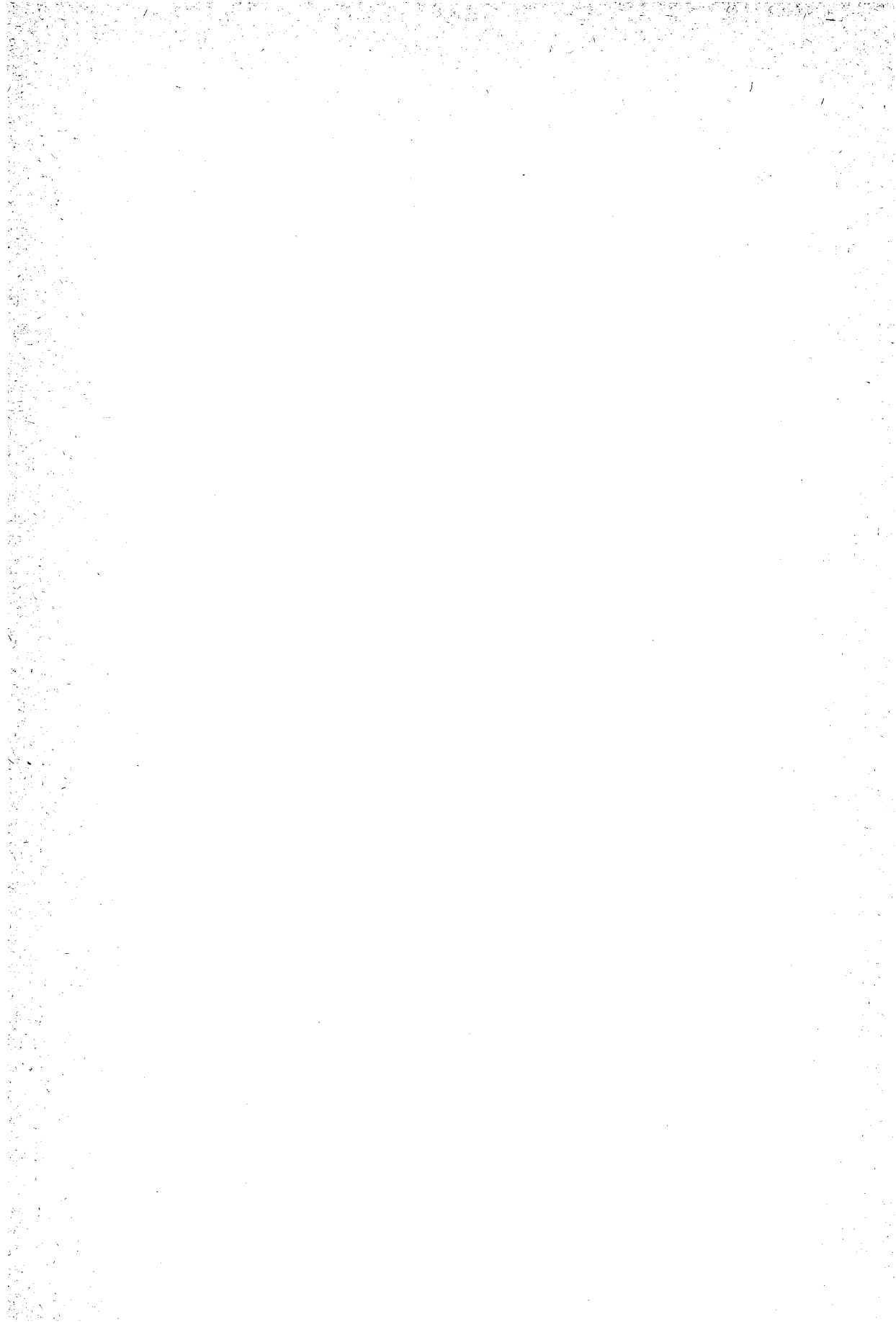
1. l'organisation du régime administratif de la santé en trois sous-système distincts, d'après les trois catégories d'activités que présente ce secteur :

a) des activités professionnelles de distribution des soins dits généraux, spécialisés et ultraspecialisés; distinctes mais complémentaires (et devant pour cette raison être exécutées par des organismes structurellement reliés les uns aux autres), ces activités postulent un système spécifique, le système régionalisé de distribution des soins, dont les parties se répartissent sur trois niveaux hiérarchiques : CLS, CCS et CHU;

b) des activités administratives de puissance publique, telles que la planification des objectifs et des moyens à mettre en œuvre pour les réaliser, la gestion du régime d'assurance-maladie, la gestion d'un système de dossiers uniques, l'inspection et le contrôle des actes des agents de la santé, les activités de protection publique relatives au contrôle du milieu (inspection des établissements commerciaux et in-

dustriels, contrôle de la pollution, etc.). Ces activités nécessitent des organes distincts mais reliés entre eux en un système administratif à deux niveaux : le ministère de la Santé, la Régie de l'assurance-maladie et les organismes professionnels, au niveau provincial, d'une part, et l'ORS, au niveau des régions sanitaires découpant l'ensemble du territoire québécois, d'autre part;

- c) des activités d'enseignement secondaire supérieur (théorique et clinique) et d'enseignement supérieur (théorique et clinique) des sciences de la santé. Ces activités étant réalisées par deux structures distinctes (éducation et santé), la mise en relation, en un système spécifique d'enseignement et de recherche, des divers organes impliqués apparaît comme absolument nécessaire à la coordination de ces deux niveaux d'enseignement entre eux et avec les besoins du secteur de la santé en personnel approprié : le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation, au niveau provincial, d'une part, l'université, le CHU ainsi que les CEGEP, au niveau des régions sanitaires, d'autre part;
- 2. la précision, pour chacun des organismes qui viennent d'être mentionnés, de leur participation aux divers types de rôles que nous propose la théorie administrative. Ainsi, les rôles et les actes de ces organismes nous révèlent la nature et les modalités de fonctionnement de chacun d'eux;
- 3. la présentation des diverses modalités juridiques d'après lesquelles les organismes du régime de la santé sont susceptibles d'être institutionnalisés, de manière à satisfaire au caractère cybernétique de ce régime et aux exigences de la théorie administrative;
- 4. l'exposé des divers rapports qui devront être établis entre ces organismes afin que soient identifiés les processus fonctionnels de planification, de gestion, d'inspection et de contrôle, d'information et de consultation par lesquels se trouvent réalisés les trois sous-systèmes de la distribution des soins, de l'administration et de l'enseignement/recherche qui, tous ensemble, constituent le régime de la santé proposé.



## Liste des recommandations

La Commission recommande :

*4.IV.1. QUE la politique de la santé au Québec ait pour objectifs généraux :*

- a) d'améliorer l'état de santé de la population par une médecine globale et axée sur la personne;*
- b) d'améliorer l'état du milieu dans lequel vit la population.*

*4.IV.2. QUE la politique de la santé au Québec ait pour objectifs particuliers d'établir un régime de la santé :*

- a) d'accès universel;*
- b) acceptable à la population;*
- c) qui permette la distribution de soins de qualité sur les plans à la fois scientifique, humain et social;*
- d) efficace, c'est-à-dire fondé sur le recours aux méthodes modernes d'organisation et de distribution des soins.*

*4.V.3. QUE la réorganisation du régime de la santé au Québec s'inspire d'un modèle conceptuel reposant sur les trois hypothèses fondamentales suivantes :*

- a) le système de distribution des soins se définit en fonction de sa tâche primordiale, à savoir, la réalisation du concept de médecine globale;*
- b) le système de distribution des soins est un système ouvert, c'est-à-dire qu'il utilise toutes les ressources disponibles du milieu et donne en retour des soins adaptés aux besoins de la population;*
- c) le système doit être suffisamment souple pour refléter les besoins changeants de la population et s'adapter constamment aux conditions du milieu.*

- 4.V.4. *QUE le régime de la santé au Québec soit réorganisé à partir des principes directeurs suivants :*
- a) *détermination de niveaux de soins;*
  - b) *établissement de centres de santé;*
  - c) *régionalisation des soins.*
- 4.V.5. *QUE le régime de la santé comprenne les trois niveaux de soins suivants :*
- a) *soins généraux;*
  - b) *soins spécialisés et*
  - c) *soins ultraspécialisés.*
- 4.V.6. *QUE tous les médecins engagés dans la distribution des soins généraux soient fortement encouragés à organiser leur travail au sein d'équipes de la santé qui comprennent au moins deux ou trois médecins, des infirmières cliniciennes et quelques infirmières soignantes.*
- 4.V.7. *QUE les équipes de la santé aient la responsabilité de donner des soins personnels et familiaux, complets et continus, selon le concept de médecine globale, à une population déterminée.*
- 4.V.8. *QU'au sein de l'équipe de la santé, les responsabilités soient déléguées et le travail partagé selon la compétence des membres de l'équipe, de sorte que leur activité soit complémentaire et efficace.*
- 4.V.9. *QUE la distribution des soins spécialisés soit organisée selon le concept de soins gradués.*
- 4.V.10. *QU'en accord avec le concept de médecine globale, la distribution des soins généraux et spécialisés respecte la relation personnelle entre le malade et les membres de l'équipe de la santé, et vise à améliorer le comportement de l'individu dans son milieu de vie naturel.*
- 4.V.11. *QU'en ce qui concerne la distribution des soins ultraspécialisés, la concentration des effectifs et des instal-*



*lations soit favorisée de façon à ce que le volume de soins entraîne une amélioration dans la qualité des soins.*

*4.V.12. QUE les effectifs et les ressources actuels dans le domaine de la santé soient groupés autour de trois types de centres de santé :*

- a) le centre local de santé (CLS);*
- b) le centre communautaire de santé (CCS);*
- c) le centre hospitalier universitaire (CHU).*

*4.V.13. QUE le centre local de santé soit le premier responsable de la distribution des soins généraux.*

*4.V.14. QUE le concept d'hôpital général soit remplacé par celui de centre communautaire de santé conçu comme un complexe de services intégrés et adaptés aux besoins d'une population déterminée.*

*4.V.15. QUE le centre communautaire de santé soit responsable de la distribution d'une partie des soins généraux et des soins spécialisés.*

*4.V.16. QUE le centre communautaire de santé ait la responsabilité d'organiser un réseau complet de soins : prévention, diagnostic, traitement et réadaptation, tant pour les troubles mentaux que pour les troubles organiques.*

*4.V.17. QUE le centre communautaire de santé ait la responsabilité de fournir tous les services de soutien et de consultation aux équipes de la santé desservant la population de son territoire.*

*4.V.18. QUE, en général, les centres offrant des soins ultra-spécialisés soient considérés comme des centres hospitaliers universitaires.*

*4.V.19. QUE le régime de la santé au Québec soit régionalisé et décentralisé.*

*4.V.20. QUE la régionalisation des soins permette l'intégration de tous les établissements, organismes et indivi-*

*des engagés dans la distribution des soins préventifs, curatifs ou de réadaptation, au sein d'un régime complet de soins dont l'objectif ultime est l'amélioration de l'état de santé de la population.*

*4.V.21. QUE les régions sanitaires soient délimitées en fonction des trois critères principaux suivants :*

- a) bassin de population minimal de 600,000 habitants;*
- b) présence d'au moins un centre universitaire;*
- c) autonomie quant à la capacité de fournir une gamme relativement complète de soins.*

*4.V.22. QUE, dans l'implantation des divers centres de santé, l'application des trois principaux critères de régionalisation soit pondérée en tenant compte des contraintes générales suivantes :*

- a) distance des centres de santé évaluée en fonction du temps mis à la parcourir et des facilités de transport;*
- b) distribution actuelle de la clientèle des centres de santé;*
- c) sentiment d'appartenance régionale;*
- d) régions administratives;*
- e) effectifs et équipement actuels.*

*4.VI.23. QUE la distribution des soins généraux soit assurée dans des unités de distribution de soins complets, selon le concept du CLS.*

*4.VI.24. QUE ces unités soient intégrées au régime de la santé par une reconnaissance officielle les rattachant aux organismes de distribution des soins des deuxième et troisième niveaux, les CCS ou les CHU.*

*4.VI.25. QUE les bureaux de santé actuels, communément appelés « unités sanitaires », deviennent des CLS ou soient intégrés à des CCS ou à des CHU, selon le cas.*

4.VI.26. *QUE les CLS prennent, de façon progressive, l'une ou l'autre des formes institutionnelles suivantes, ou toute autre qu'on pourrait imaginer, au gré des circonstances et des besoins :*

- a) *société à caractère public, constituée en corporation sur l'initiative d'un groupe de citoyens qui s'adjoignent une équipe de la santé de leur choix;*
- b) *société à caractère public, constituée en corporation sur l'initiative d'une équipe de la santé et à laquelle le CCS adjoint des citoyens qu'il désigne;*
- c) *société de type privé, constituée en corporation par les professionnels de la santé qui y œuvrent, à l'exclusion de toute participation décisionnelle de la population, laquelle est alors associée à sa direction par voie consultative seulement.*

4.VI.27. *QUE les médecins exerçant seuls s'affilient à un CLS, de façon que leurs malades trouvent la complémentarité et la continuité des soins généraux qu'ils ne peuvent leur offrir.*

4.VI.28. *QUE la participation consultative de la population aux CLS soit réalisée par des réunions périodiques annoncées à l'avance, auxquelles seront conviés les usagers et au cours desquelles les CLS feront un rapport de leur activité.*

4.VI.29. *Que soient adoptées des normes provinciales établissant la liste minimale des spécialités qui doivent s'exercer dans un ou des établissements hospitaliers pour être reconnus comme CCS.*

4.VI.30. *QU'une personnalité juridique propre soit conférée à l'ensemble des services du CCS, de manière à constituer un organisme unique et autonome.*

4.VI.31. *QUE l'ORS désigne les CCS de sa région, soit :*

- a) *par l'agrément des hôpitaux actuels offrant individuellement la gamme complète des soins prescrits par les normes provinciales promulguées à cette fin ;*

- b) *par l'agrément d'un hôpital capable d'offrir par entente avec d'autres établissements la gamme complète de soins;*
- c) *par le groupement de plusieurs hôpitaux actuellement distincts en un organisme unique offrant la gamme complète de soins.*

**4.VI.32.** *QUE l'ORS soit autorisé, pour la période nécessaire à leur intégration dans un CCS :*

- a) *à traiter comme un CCS l'ensemble des établissements hospitaliers liés entre eux par contrats de service et offrant ainsi collectivement la gamme complète de soins,*
- b) *à soutenir financièrement, par conséquent, les établissements hospitaliers n'offrant pas individuellement la gamme complète de soins, mais liés par contrats de service à un CCS, ou encore certains hôpitaux spécialisés — pédiatriques, psychiatriques, ou autres — qui doivent nécessairement subsister.*

**4.VI.33.** *QUE soit attribuée à chaque CCS la responsabilité d'organiser, dans son territoire, un réseau de CLS moyennant sa participation financière et une réglementation de la qualité des soins et des modalités de transfert des malades de ces CLS à ses propres services.*

**4.VI.34.** *QUE si un CCS ne s'acquitte pas efficacement de cette responsabilité, l'ORS le mette en tutelle et prenne à sa charge la création de certains CLS.*

**4.VI.35.** *QUE le CCS soit une société à caractère public régie par une corporation préalablement agréée par l'ORS.*

**4.VI.36.** *QUE cette corporation compte dix-sept à vingt et un membres, à majorité absolue de non-professionnels de la santé, et agisse comme conseil d'administration, mais puisse désigner un bureau de direction si elle le juge à propos.*

**4.VI.37.** *QUE cette corporation s'adjoigne un conseil consultatif des professionnels de la santé formé obliga-*

*toirement d'une majorité absolue de membres de la profession médicale et présidé par un membre élu par l'ensemble des membres dudit conseil.*

*4.VI.38. QUE le conseil d'administration, avant d'adopter toute mesure d'administration générale dans le CCS ou toute politique générale applicable aux CLS, la soumette pour avis au conseil consultatif des professionnels de la santé.*

*4.VI.39. QUE le conseil consultatif des professionnels de la santé ait pour tâches :*

- a) de coordonner les normes professionnelles de qualité des soins proposées par chaque département spécialisé et qui s'appliquent dans le CCS et les CLS, en plus des normes communes mises en vigueur par le ministère de la Santé;*
- b) d'étudier et de soumettre au conseil d'administration les nominations de professionnels exerçant à l'intérieur du CCS.*

*4.VI.40. QUE le directeur général nommé par la corporation ait pour tâche de coordonner l'activité quotidienne des services qui relèvent respectivement des directeurs des services professionnels, auxiliaires et administratifs.*

*4.VI.41. QUE le directeur des services professionnels*

- a) soit nommé par le conseil d'administration après consultation du conseil des professionnels de la santé;*
- b) soit responsable de l'aspect professionnel des soins, de l'enseignement et de la recherche.*

*4.VI.42. QUE le directeur des services auxiliaires soit responsable de l'aspect technique des services de soutien non spécifiquement médical, tels la cuisine, la buanderie et la maintenance.*

*4.VI.43. QUE le directeur des services administratifs soit responsable de la coordination et de la surveillance quotidiennes des services purement administratifs, tels le personnel, les finances et les achats.*

- 4.VI.44. *QUE tous ces directeurs des services professionnels, auxiliaires et administratifs, soient subordonnés, dans la structure hiérarchique d'exécution administrative, au directeur général et qu'ils forment avec lui un comité de régie qui l'assiste dans ses tâches quotidiennes de coordination et d'exécution des politiques.*
- 4.VI.45. *QUE les services d'enseignement et de recherche, de soins et de soutien professionnel aient chacun à leur tête un chef de service placé sous l'autorité du directeur des services professionnels.*
- 4.VI.46. *QUE les services de soutien général aient chacun à leur tête un chef de service placé sous l'autorité du directeur des services auxiliaires.*
- 4.VI.47. *QUE les services de soutien administratif aient chacun à leur tête un chef de service placé sous l'autorité du directeur des services administratifs.*
- 4.VI.48. *QUE toutes les tâches exécutées dans le CCS et les CLS qui y sont rattachés soient évaluées, selon les normes fixées, tant du point de vue professionnel qu'administratif.*
- 4.VI.49. *QU'à cette fin le CCS possède deux commissions d'évaluation : une commission d'évaluation professionnelle et une commission d'évaluation administrative.*
- 4.VI.50. *QU'à la commission d'évaluation professionnelle soient attribuées les fonctions qu'exerçaient autrefois les comités de vérification des dossiers, d'appréciation des actes médicaux, d'étude des problèmes périnataux, etc.*
- 4.VI.51. *QU'à la commission d'évaluation administrative soit confié l'examen de la qualité administrative de l'activité du CCS et des CLS qui y sont rattachés.*
- 4.VI.52. *QUE la commission d'évaluation professionnelle signale toute irrégularité professionnelle au directeur des services professionnels, et que celui-ci,*

*après enquête, en saisisse, s'il y a lieu, le conseil d'administration qui peut imposer une sanction.*

*4.VI.53. QUE la commission d'évaluation administrative signale toute irrégularité administrative au directeur général, et que celui-ci, après enquête, en saisisse, s'il y a lieu, le conseil d'administration qui peut imposer une sanction.*

*4.VI.54. QUE chaque CCS s'adjoigne un conseil consultatif externe où est représentée la population de son aire territoriale.*

*4.VI.55. QUE la corporation du CCS*

- a) soumette à ce conseil consultatif un rapport annuel de son activité et un exposé de ses projets à court et à long terme;*
- b) fournisse tout autre document demandé à moins d'avoir des raisons sérieuses de le refuser; dans ce cas, l'ORS dont elle relève doit entériner ce refus.*

*4.VI.56. QUE soient adoptées des normes provinciales établissant la liste minimale des services d'un CHU et d'après lesquelles les hôpitaux d'enseignement existants et à vocation régionale sont reconnus comme CHU par l'université, après entente avec l'ORS, et intégrés au régime de la santé proposé.*

*4.VI.57. QU'une personnalité distincte et un régime juridique propre soient conférés à l'ensemble de ces services, de manière à en faire un organisme unique et autonome : le CHU.*

*4.VI.58. QUE le CCS qui accepte d'être reconnu comme CHU par l'université, après entente avec l'ORS, modifie la composition de sa corporation de façon à y inclure des représentants de l'université, des enseignants et des étudiants.*

*4.VI.59. QUE le CCS reconnu par l'université comme CHU, après entente avec l'ORS, signe un contrat avec l'université en ce qui concerne les programmes d'enseignement, les examens, etc.*

4.VI.60. *QUE la nomination, dans un CHU, des directeurs de départements spécialisés, du directeur des services professionnels et des chefs de services sous son autorité entraîne l'approbation de l'université, et qu'il en soit de même pour les départements des CCS ou les établissements spécialisés auxquels l'université confie par contrat des tâches d'enseignement et de recherche.*

4.VI.61. *QUE le conseil consultatif auprès d'un CCS qui devient un CHU se transforme de façon à y inclure des représentants des étudiants et des conseils consultatifs des CCS de la région où se trouve ce CHU.*

4.VI.62. *QU'en vue d'une planification régionale du régime de la santé, le territoire du Québec soit partagé en régions sanitaires et que soit institué dans chacune d'elles un office régional de la santé (ORS) doté de la personnalité juridique, par l'adoption d'une loi appropriée.*

4.VI.63. *QUE l'ORS soit chargé*

- a) *de constituer le dossier exact de la région sanitaire et d'établir une planification et une programmation en fonction des besoins régionaux;*
- b) *de pourvoir à l'organisation et au fonctionnement des centres de soins sur son territoire (soins curatifs, préventifs et de réadaptation), à même les sommes mises à sa disposition à cet effet par le ministère de la Santé.*

4.VI.64. *QUE, dans le cadre des politiques ministérielles, soit confiée à l'ORS l'exécution de tâches de santé publique, actuellement assumées par divers services centraux et relatives au milieu (inspection des établissements industriels et commerciaux, inspection des aliments, contrôle sanitaire de la pollution, etc.).*

4.VI.65. *QUE, compte tenu de ses fonctions et en tant que personne morale publique exerçant, en vertu d'une délégation, une partie de la puissance publique, l'ORS puisse*



- a) *autoriser la constitution des CCS de la région et désigner leur aire territoriale, conformément aux normes provinciales;*
- b) *prescrire les normes administratives de régie auxquelles ces établissements sont contraints dans la réalisation de leurs objectifs;*
- c) *contrôler la conformité de leurs activités à ces normes;*
- d) *mettre en tutelle les CCS qui ne s'acquittent pas de façon satisfaisante de leurs responsabilités ou qui empruntent sans son approbation, et prendre en charge, au besoin, la création de certains CLS;*
- e) *édicter pour son territoire, dans le cadre de la politique provinciale de la santé publique, des règlements précis quant au milieu et aux produits.*

*4.VI.66. QUE la corporation de l'ORS possède tous les pouvoirs généraux des corporations ordinaires et, de plus, celui d'expropriation pour elle-même et pour les organismes de distribution des soins.*

*4.VI.67. QUE la corporation de l'ORS possède également les pouvoirs ordinaires des compagnies de gestion de façon*

- a) *à recevoir du gouvernement du Québec et à mettre à la disposition des CCS et CHU les sommes consacrées, dans son territoire, au fonctionnement du régime de la santé;*
- b) *à emprunter les sommes indispensables à la poursuite de ses objectifs : projets d'immobilisations, amélioration de l'équipement, etc.;*
- c) *à faire, sous réserve de la politique générale du gouvernement en la matière, les expropriations utiles à la poursuite de ses objectifs;*
- d) *à acheter et à revendre, à titre de grossiste, les biens d'équipement et de consommation dont les CLS, les CCS et les CHU ont besoin;*

- e) à créer une banque de personnel (de toutes catégories) où ces établissements pourront puiser;
- f) à conclure avec ces mêmes établissements des contrats aux termes desquels ils s'engagent à atteindre les buts qu'il leur assigne, en contrepartie d'une somme forfaitaire annuelle qu'il leur octroie.

4.VI.68. QUE, dans l'exercice de sa fonction de planification régionale en matière de santé, l'ORS établisse, par l'entremise des divers niveaux de coordination régionale, des liens appropriés avec l'Office de la planification et du développement du Québec de façon à coordonner leur action.

4.VI.69. QU'en matière d'immobilisations, l'ORS établisse un lien satisfaisant avec le ministère du Travail pour que ce dernier adapte ses normes aux besoins propres des constructions dans le domaine de la santé.

4.VI.70. QUE la corporation de l'ORS compte une vingtaine de membres représentant l'État, l'université de la région, le ou les CHU de son territoire, les CLS et les CCS de la région et, enfin, la population du territoire.

4.VI.71. QUE la corporation de l'ORS agisse comme conseil d'administration, se désigne un bureau de direction parmi ses membres et engage un administrateur général.

4.VI.72. QUE l'ORS comporte trois directions générales ayant chacune à leur tête un directeur général relevant de l'administrateur général :

- 1) une direction générale de la planification et de la recherche qui conçoit des programmes régionaux de santé et qui est responsable, en collaboration avec l'université,
  - a) de l'évaluation des résultats des programmes régionaux de santé et des résultats des unités régionales de distribution des soins;

- b) *de la collaboration avec la direction générale de la planification et de la recherche du ministère de la Santé dans ses projets de recherche opérationnelle et de recherche appliquée;*
  - 2) *une direction générale des services de santé, responsable de l'application de ces mêmes programmes; et*
  - 3) *une direction générale de l'administration qui assume les fonctions traditionnelles de soutien interne de l'ORS.*
- 4.VI.73. *QUE, sous la direction générale de la planification et de la recherche, soit établi un service des programmes de santé publique comprenant deux sections : prévention et étude du milieu.*
- 4.VI.74. *QUE, sous la direction générale de la planification et de la recherche, se trouve également un service des programmes de soins chargé, au moyen de trois sections, d'élaborer les programmes régionaux d'organisation de soins généraux, spécialisés et ultra-spécialisés.*
- 4.VI.75. *QUE, sous la direction générale des services de santé, œuvre un service de la protection de la santé publique auquel se rattachent deux sections : contrôle du milieu et des produits et agrément des CCS.*
- 4.VI.76. *QUE, sous la même direction générale, soit établi un service des unités de distribution des soins divisé en trois sections : soutien technique, programmes budgétaires et contrats, et approbation des projets d'immobilisations.*
- 4.VI.77. *QU'un conseil régional de la santé aide l'ORS et soit formé de représentants désignés par les conseils consultatifs auprès des CLS, leurs correspondants auprès des CCS et les régions administratives de l'aire de responsabilité de l'ORS, ou choisis pour représenter les corps intermédiaires et les groupes régionaux intéressés.*

4.VI.78. *QUE le ministère de la Santé soit chargé de la planification et de la définition de la politique générale de la santé au Québec.*

4.VI.79. *QUE l'ensemble de cette politique fasse l'objet de programmes budgétaires intégrés dits :*

- a) *de protection de la santé publique;*
- b) *de distribution des soins généraux;*
- c) *de distribution des soins spécialisés;*
- d) *de distribution des soins ultraspécialisés.*

4.VI.80. *QUE la planification et la réalisation des programmes de distribution des soins soient régionalisées et confiées aux ORS, selon le système de distribution à trois niveaux institutionnels décentralisés (CHU, CCS, CLS).*

4.VI.81. *QUE les diverses tâches découlant de la politique de la santé publique (sécurité, salubrité, qualité du milieu et des produits), réalisées actuellement par divers organismes centraux, soient intégrées aux programmes de protection de la santé publique du ministère de la Santé.*

4.VI.82. *QUE le ministère de la Santé comporte quatre directions générales : planification et recherche, services de santé, administration et relations de travail.*

4.VI.83. *QUE la direction générale de la planification et de la recherche conçoive la politique de la santé au Québec et recueille de trois façons distinctes, l'information nécessaire :*

- 1) *par une enquête permanente sur l'état de santé de la population et des enquêtes spéciales sur les problèmes particuliers révélés par l'enquête permanente;*
- 2) *par la tenue de registres provinciaux sur les maladies infectieuses, les maladies chroniques, le cancer, les accidents, les handicaps physiques, les empoisonnements et les morts violentes, les mortalités périnatales et infantiles et les malformations congénitales;*

- 3) par la compilation de renseignements sur l'inventaire (effectifs et ressources) et le fonctionnement du système de distribution des soins.

4.VI.84. *QUE la direction générale de la planification et de la recherche évalue la qualité des soins et l'efficacité du système de distribution, et qu'à cette fin elle établisse, à l'intention des divers établissements de distribution des soins, des normes de compétence.*

4.VI.85. *QUE la direction générale de la planification et de la recherche, en collaboration avec les universités, les ORS et le conseil de la recherche sur la santé, oriente et commande la recherche dans les trois domaines suivants :*

- 1° *la validation des normes de qualité des soins et d'efficacité du système de distribution;*
- 2° *la recherche opérationnelle sur le fonctionnement du système;*
- 3° *la recherche appliquée sur de nouveaux modes de distribution des soins et d'évaluation de la qualité et de l'efficacité.*

4.VI.86. *QUE la direction générale de la planification et de la recherche crée deux services : les programmes de santé publique et les programmes de soins.*

4.VI.87. *QUE la direction générale des services de santé comprenne deux services : la protection de la santé publique et le service des ORS.*

4.VI.88. *QUE les sommes consacrées par le gouvernement à l'enseignement des sciences de la santé s'intègrent dans un budget unique sous la responsabilité du ministre de l'Éducation.*

4.VI.89. *QUE ce budget, pour chacun des deux niveaux d'enseignement, secondaire supérieur et supérieur, comprenne des programmes distincts d'enseignement théorique et d'enseignement clinique.*

4.VI.90. *QUE les fonds destinés à l'enseignement universitaire théorique et clinique soient répartis entre les*

*universités, avec le concours du Conseil des universités.*

- 4.VI.91. QUE la partie du budget alloué aux centres d'enseignement clinique supérieur soit bien identifiée par rapport à l'ensemble du budget qu'une université reçoit au chapitre des sciences de la santé.*
- 4.VI.92. QUE les ministres de l'Éducation et de la Santé (par les ORS) soient responsables de la coordination du budget d'enseignement des sciences de la santé avec les besoins du régime en matière de personnel.*
- 4.VI.93. QUE la Régie de l'assurance-maladie n'exerce pas de fonctions de planification et d'évaluation et n'ait qu'un rôle purement administratif.*
- 4.VI.94. QUE la Régie de l'assurance-maladie poursuive, dans l'exercice de ses tâches administratives, les mêmes objectifs que le ministère de la Santé et qu'elle relève de façon très étroite du ministre.*
- 4.VI.95. QUE soit créé, auprès du ministre de la Santé, un organisme consultatif du nom de « conseil supérieur de la santé » composé de vingt-cinq membres, nommés par le Lieutenant-gouverneur en conseil et représentant la population et les professionnels de la santé.*
- 4.VI.96. QUE cinq des membres du conseil supérieur de la santé soient nommés sur recommandation des membres des conseils consultatifs externes auprès des CCS, après élection; cinq autres sur recommandation des conseils consultatifs externes auprès des CHU, après élection; cinq sur recommandation des conseils régionaux de santé constitués auprès des ORS, après élection et, enfin, dix autres sur recommandation des organismes professionnels, syndicaux ou corporatifs, de la santé.*
- 4.VI.97. QUE le sous-ministre de la Santé, les sous-ministres adjoints ou associés et le président-directeur général de la Régie de l'assurance-maladie soient d'office membres adjoints du conseil supérieur de la santé, mais sans droit de vote.*

- 4.VI.98. *QU'ils transmettent au conseil supérieur de la santé les renseignements utiles ou nécessaires à la poursuite de ses travaux.*
- 4.VI.99. *QUE les membres du conseil supérieur de la santé élisent parmi eux un président et un vice-président qui doivent l'un et l'autre consacrer au moins la moitié de leur temps à leurs fonctions.*
- 4.VI.100. *QUE le ministre de la Santé saisisse le conseil de la politique provinciale de la santé et des programmes et règlements en cette matière.*
- 4.VI.101. *QUE le conseil supérieur de la santé*  
a) *forme des comités spécialisés,*  
b) *reçoive et entende les requêtes et les suggestions du public en matière de santé, et*  
c) *soumette au ministre de la Santé des recommandations sur toute question de santé.*
- 4.VI.102. *QUE le conseil supérieur de la santé*  
a) *donne, dans un délai raisonnable, son avis au ministre de la Santé sur les règlements ou sur toute question que celui-ci lui soumet, et*  
b) *soumette au ministre, qui le communique au Parlement, un rapport annuel sur ses activités et sur les besoins du Québec dans le domaine de la santé.*
- 4.VI.103. *QUE soit créé auprès du ministre de la Santé un conseil de la recherche sur la santé de caractère nettement scientifique et qui se compose de personnes, professionnels et experts, aptes à ouvrir des perspectives progressistes nouvelles dans la politique de la santé du Québec et à promouvoir la recherche pure et appliquée dans le domaine des sciences de la santé et de l'organisation des services de santé.*
- 4.VI.104. *QUE le conseil de la recherche sur la santé remplace l'actuel Conseil de recherches médicales formé par l'arrêté en conseil numéro 2305 du 2 décembre 1964.*

**4.VI.105. QUE le conseil de la recherche sur la santé**

- a) *évalue la réalisation de la politique de la santé,*
- b) *remette cette politique en cause,*
- c) *découvre de nouvelles orientations et de nouveaux objectifs,*
- d) *suggère au ministre de la Santé la révision constante des programmes,*
- e) *détermine les grandes orientations de la recherche sur la santé, et*
- f) *procède à l'octroi de bourses d'études et de subventions de recherche.*

**4.VI.106. QUE le conseil de la recherche sur la santé soit composé de neuf personnes, choisies, à la discrétion du Lieutenant-gouverneur en conseil, pour leur compétence et leur expérience scientifiques et que ces personnes puissent ne pas être des résidents du Québec, ou même des citoyens canadiens.**

**4.VI.107. QUE le conseil de la recherche sur la santé soit doté par le ministère de la Santé du personnel nécessaire à l'exercice de ses fonctions et possède, par sa loi constitutive, le droit de publier ses rapports.**

**4.VI.108. QUE le Protecteur du citoyen soit habilité à recevoir des plaintes relatives aux décisions de caractère individuel et de nature administrative qui émanent de tous les organismes du régime de la santé.**

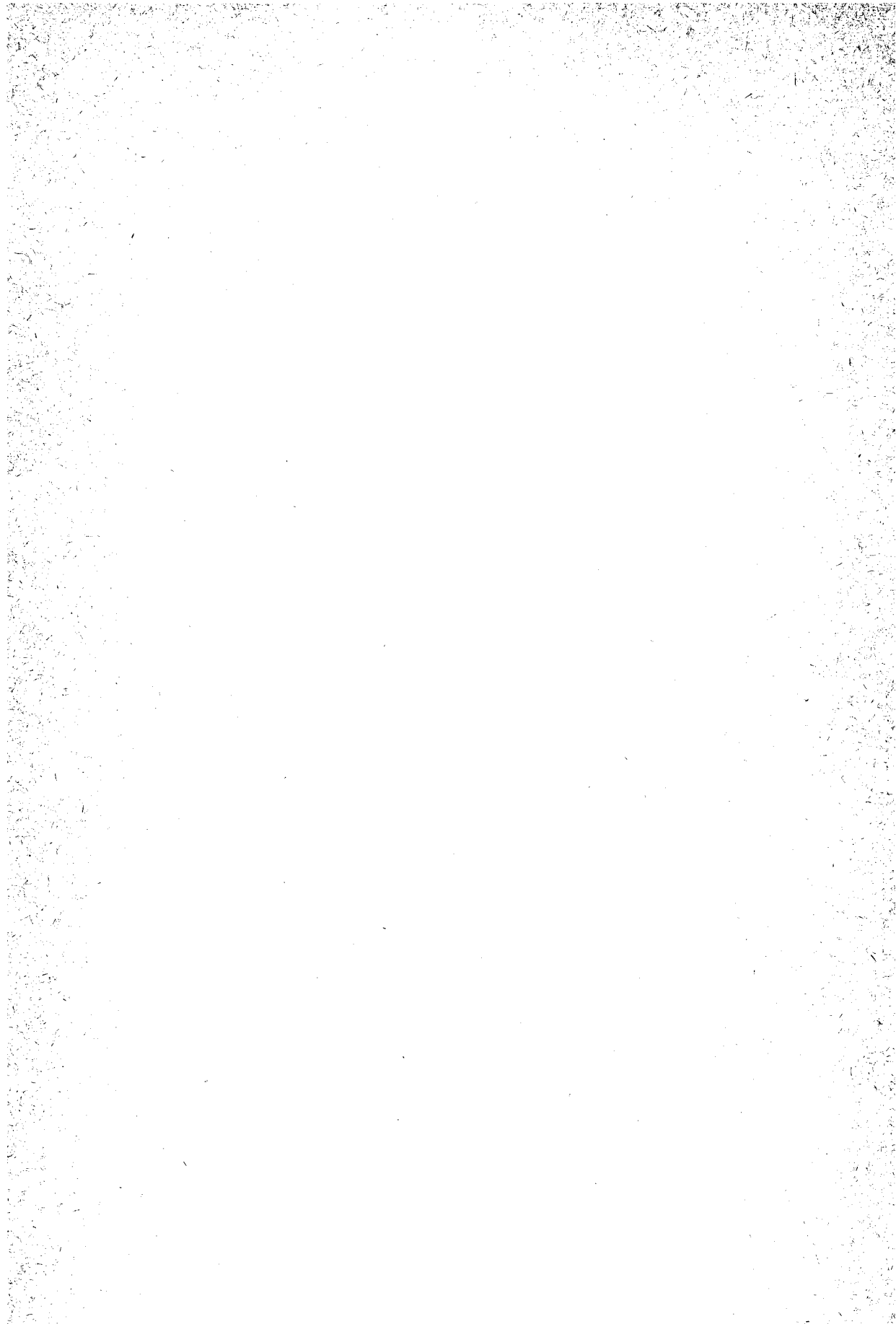


# **Index des schémas et organigrammes**

<i>Organigramme</i>	<i>Page</i>
VI.1 Le centre communautaire de santé . . . . .	118
VI.2 L'office régional de la santé . . . . .	134
VI.3 Le ministère de la Santé . . . . .	141
VI.4 La structure générale du régime de la santé . . . . .	155
VI.5.1 Le système administratif du régime de la santé — Rôles de conception, d'exécution et de conseil . . . . .	164
VI.5.2 Le système administratif du régime de la santé — Actes d'inspection et de contrôle (origine et destinataire) . . .	165
VI.5.3 Le système administratif du régime de la santé — Inspection et contrôle : organes concernés ; objet de l'inspection et du contrôle : A, B, C, D, E, . . . . .	166
VI.6 Le système de distribution des soins — Structures, ressources, types de distribution . . . . .	169
VI.7 Le système d'enseignement des sciences de la santé — Structures, ressources, programmes . . . . .	173

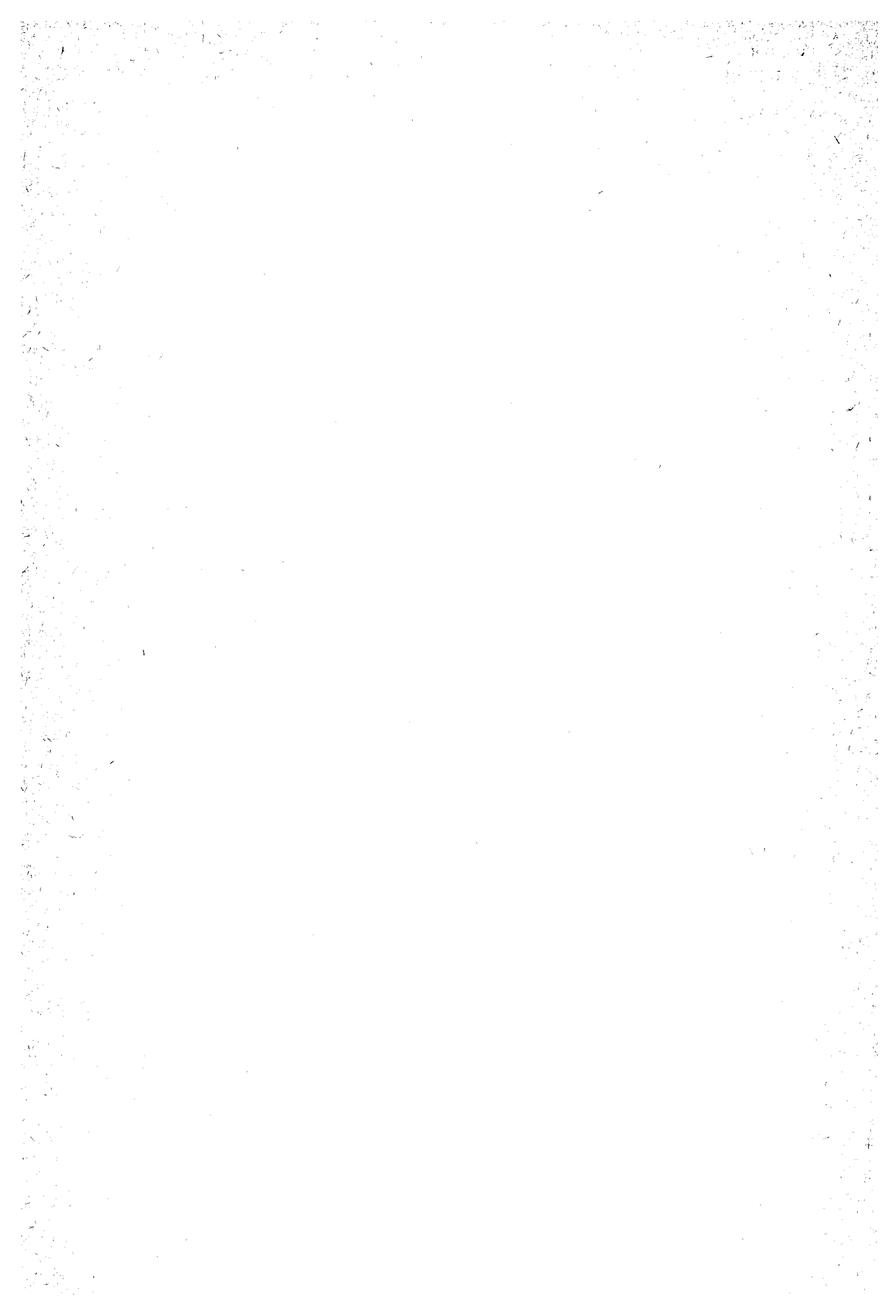
## *Schéma*

V.1 Les centres de santé . . . . .	51
------------------------------------	----



## **Index des tableaux**

<i>Tableau</i>		<i>Page</i>
V.1	Bassins de population des régions sanitaires pour différents pays . . . . .	58
V.3.1	Quantité et type de personnel dans les unités de soins gradués . . . . .	82
V.3.2	Classification des malades selon l'intensité des soins que requiert leur état . . . . .	92
V.3.3	Récapitulation sommaire des principales étapes conduisant à l'établissement d'un programme de soins gradués	94



## **Table des matières**

	<i>Page</i>
Sigles . . . . .	7

### **TITRE DEUXIÈME**

<b>LE RÉGIME DE LA SANTÉ . . . . .</b>	<b>9</b>
--	----------

#### **CHAPITRE IV**

<b>UNE POLITIQUE DE LA SANTÉ . . . . .</b>	<b>11</b>
Introduction . . . . .	13
I. Objectifs généraux . . . . .	14
A. Améliorer l'état de santé de la population . . . . .	14
1. Une médecine globale . . . . .	15
2. Une médecine axée sur la personne . . . . .	16
B. Améliorer l'état du milieu . . . . .	17
II. Objectifs particuliers. . . . .	18
A. L'accès universel aux soins . . . . .	18
B. Le respect de la personne . . . . .	19
C. La qualité des soins. . . . .	21
D. L'efficacité . . . . .	22

#### **CHAPITRE V**

<b>LE RÉGIME DE LA SANTÉ . . . . .</b>	<b>25</b>
Introduction . . . . .	27
A. Le modèle médical. . . . .	28

	<i>Page</i>
B. Le modèle social . . . . .	28
I. Les niveaux de soins . . . . .	30
A. Les soins généraux . . . . .	31
1. Fonctions . . . . .	31
2. L'équipe de la santé . . . . .	32
3. Les services de soutien . . . . .	34
B. Les soins spécialisés . . . . .	35
C. Les soins ultraspécialisés . . . . .	39
II. Les centres de santé . . . . .	40
A. Le centre local de santé (CLS) . . . . .	41
B. Le centre communautaire de santé (CCS) . . . . .	45
1. Fonctions . . . . .	45
2. Taille du centre communautaire de santé . . . . .	46
a) Nombre de lits par unité de population . . . . .	46
b) Taille optimale du centre communautaire de santé . . . . .	48
C. Le centre hospitalier universitaire (CHU) . . . . .	49
III. La régionalisation . . . . .	53
A. Principes . . . . .	53
B. Critères techniques . . . . .	57
1. Bassin de population . . . . .	57
2. Centre universitaire . . . . .	58
3. La distribution de soins complets . . . . .	59
C. Critères généraux . . . . .	59
1. La distance . . . . .	60
2. La distribution actuelle de la clientèle des centres de santé . . . . .	60
3. Le sentiment d'appartenance régionale . . . . .	61
4. Régions administratives actuelles . . . . .	61
5. L'équipement actuel . . . . .	62

APPENDICE V.1

DÉFINITIONS DU CONCEPT DE MÉDECINE GLOBALE . .	69
--	----

APPENDICE V.2

LE CONCEPT DE MODÈLE . . . . .	73
Hypothèses . . . . .	73
Modèle, instrument d'analyse . . . . .	74

APPENDICE V.3

CLASSIFICATION DES MALADES SELON LE CONCEPT DE SOINS GRADUÉS. . . . .	77
I. Bref historique des soins gradués . . . . .	77
II. Concept de soins gradués . . . . .	78
III. Éléments du concept de soins gradués . . . . .	79
A. Soins intensifs . . . . .	80
B. Soins courants . . . . .	81
C. Soins espacés . . . . .	81
D. Soins de longue durée . . . . .	83
E. Soins à domicile . . . . .	84
F. Soins externes . . . . .	85
1. Les soins d'urgence . . . . .	86
2. Les soins de jour ou de nuit (hospitalisation d'une journée ou d'une nuit) . . . . .	87
3. Les consultations spécialisées . . . . .	87
4. Les services médico-techniques de diagnostic et de traitement . . . . .	87

	<i>Page</i>
5. Les consultations de dépistage . . . . .	88
6. La médecine scolaire . . . . .	88
IV. Critères de classification et d'évaluation . . . . .	91
V. L'organisation des soins gradués . . . . .	93

## CHAPITRE VI

L'ORGANISATION DU RÉGIME DE LA SANTÉ . . . . .	97
--	----

## INTRODUCTION

PRINCIPES DIRECTEURS DE L'ORGANISATION DU RÉGIME. . . . .	99
---	----

## PREMIÈRE PARTIE

PRÉSENTATION GLOBALE DES ORGANISMES DU RÉGIME DE LA SANTÉ. . . . .	101
1 <sup>er</sup> palier : le centre local de santé (CLS) . . . . .	101
2 <sup>e</sup> palier : le centre communautaire de santé (CCS) . . . . .	106
3 <sup>e</sup> palier : le centre hospitalier universitaire (CHU) . . . . .	119
4 <sup>e</sup> palier : l'office régional de la santé (ORS) . . . . .	124
5 <sup>e</sup> palier : les organismes centraux . . . . .	135
A. Le ministère de la Santé . . . . .	136
B. Le ministère de l'Éducation . . . . .	144
C. La Régie de l'assurance-maladie . . . . .	146
D. Les ordres professionnels . . . . .	148
E. Le conseil supérieur de la santé . . . . .	148



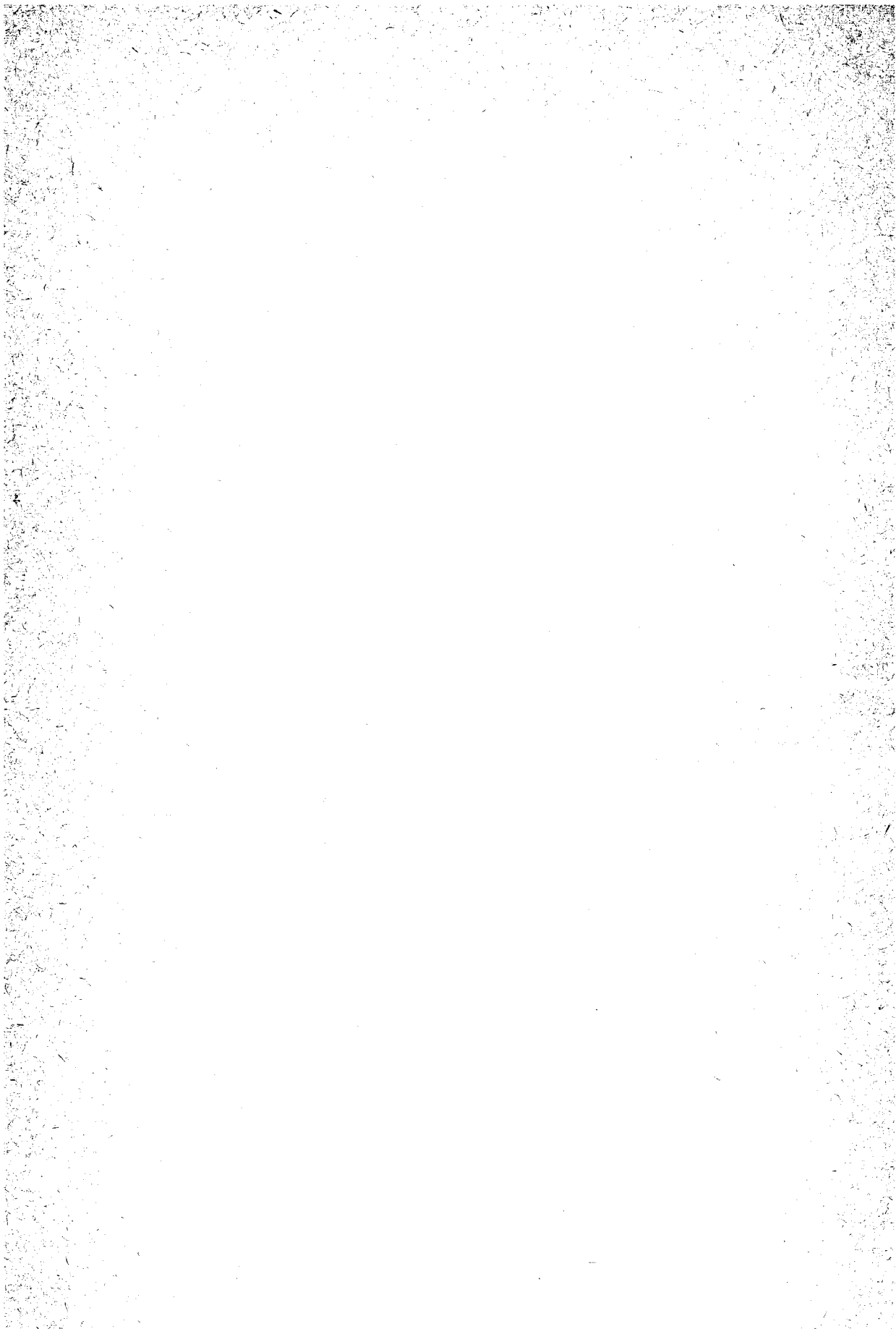
	<i>Page</i>
F. Le conseil de la recherche sur la santé . . . . .	151
G. Le Protecteur du citoyen . . . . .	153

## DEUXIÈME PARTIE

FONCTIONNEMENT DYNAMIQUE DU RÉGIME DE LA SANTÉ . . . . .	157
A. Le système administratif du régime . . . . .	157
1. Les rôles de conception du système administratif . . .	157
2. Les rôles d'exécution du système administratif . . . .	158
3. Les rôles de régulation du système administratif . . .	160
4. Les rôles de communication . . . . .	162
B. Le système de distribution des soins . . . . .	167
1. Le centre local de santé (CLS) . . . . .	167
2. Le centre communautaire de santé (CCS) et le centre hospitalier universitaire (CHU) . . . . .	168
C. Le système d'enseignement des sciences de la santé et de recherche sur la santé . . . . .	170
1. L'enseignement théorique . . . . .	171
2. L'enseignement clinique . . . . .	171

## APPENDICE VI.1

NOTE SUR LA MÉTHODOLOGIE DU CHAPITRE . . . . .	175
A. Le caractère cybernétique du régime . . . . .	177
B. Les exigences de la théorie administrative . . . . .	179
Liste des recommandations . . . . .	183
Index des schémas et organigrammes . . . . .	201
Index des tableaux . . . . .	203



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

## RAPPORT

VOL. I	L'ASSURANCE-MALADIE
VOL. II	LES MÉDECINS INTERNES ET RÉSIDENTS
PREMIÈRE PARTIE	
VOL. III	LE DÉVELOPPEMENT
DEUXIÈME PARTIE	
VOL. IV	LA SANTÉ

TROISIÈME PARTIE	
VOL. V	LA SÉCURITÉ DU REVENU
QUATRIÈME PARTIE	
VOL. VI	LES SERVICES SOCIAUX
CINQUIÈME PARTIE	
VOL. VII	
TOME I	LES PROFESSIONS ET LA SOCIÉTÉ
TOME II	LES ÉTABLISSEMENTS À BUT LUCRATIF

## ANNEXES

1. ANALYSE COMPARATIVE DES COÛTS DE L'HOSPITALISATION AU QUÉBEC ET EN ONTARIO  
LA COMMISSION
2. L'ÉVOLUTION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES MODES DE DISTRIBUTION DES SOINS AU QUÉBEC  
GILBERT BLAIN, M.D., JEAN-CLAUDE MARTIN, JEAN-YVES RIVARD ET YOLANDE TAYLOR
3. INDICES DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DU QUÉBEC  
MADELEINE PATRY, M.D.
4. LES MÉCANISMES DE DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS ET PROTHÈSES : ANALYSE ÉCONOMIQUE  
FRANÇOIS D. LACASSE
5. CONTRIBUTION À UN PROJET DE LOI-CADRE EN MATIÈRE DE MALADIE MENTALE  
LUCIEN PANACCIO, M.D.
6. PROBLÈMES DE LA DÉTÉRIORATION DU MILIEU ET DE LA CONSERVATION DE L'ENVIRONNEMENT  
GEORGES S. GANTCHEFF
7. URBANISME ET AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE EN RELATION AVEC LA CONSERVATION DE LA SANTÉ  
GEORGES ROBERT
8. LA PRÉVISION DE MAIN-D'OEUVRE DANS LE SECTEUR HOSPITALIER  
RICHARD BÉLAND ET THOMAS BOUDREAU
9. LA SITUATION FINANCIÈRE DES HÔPITAUX DU QUÉBEC AU 31 DÉCEMBRE 1967  
NICOLE MARTIN, CHARLES CHAMARD, CLAUDE E. FORGET ET ANDRÉ MOISAN
10. LES COÛTS DE FONCTIONNEMENT DE CERTAINS SERVICES HOSPITALIERS AU QUÉBEC : ANALYSE ÉCONOMIQUE  
CLAUDE E. FORGET
11. LA RECHERCHE MÉDICALE AU QUÉBEC — VERSIONS FRANÇAISE ET ANGLAISE  
CLAUDE FORTIER, M.D., JOHN BECK, M.D., JACQUES GENEST, M.D., MAURICE LeCLAIR, M.D. ET YVES MORIN, M.D.
12. L'ORGANISATION ET LA RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE AU QUÉBEC  
M<sup>re</sup> 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