

Ser
Q1
C311s1
no.29



Étude de documentation pour le Conseil des sciences du Canada

Décembre 1973
Étude spéciale
n° 29

Considérations
sur les soins de
santé au Canada

par H. Rocke Robertson

Décembre 1973

✓ Canada, Science Council. Étude
général. no. 29

ANALYZED

Considérations sur les soins de santé au Canada

Manuscrit achevé en mars 1972

Conseil des sciences du Canada,
7^e étage,
150, rue Kent,
Ottawa, Ont.
K1P 5P4

© Droits de la Couronne réservés

En vente chez Information Canada à Ottawa,
et dans les librairies d'Information Canada :

Halifax – 1687, rue Barrington

Montréal – 640 ouest, rue S^{te}-Catherine

Ottawa – 171, rue Slater

Toronto – 221, rue Yonge

Winnipeg – 393, avenue Portage

Vancouver – 680, rue Robson

ou chez votre libraire

Prix \$2.75

N^o de catalogue SS21-1/29F

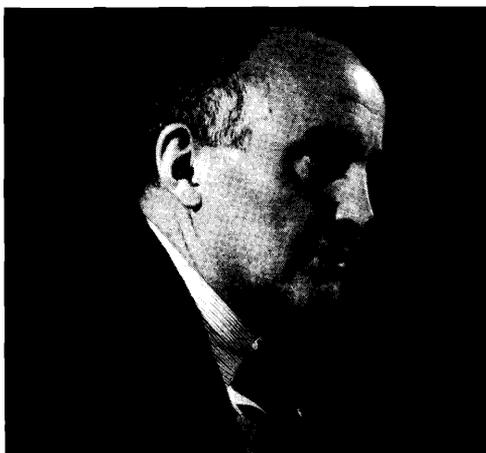
Prix sujet à changement sans avis préalable

Information Canada

Ottawa, 1973

Imprimé par Southam Murray, Toronto

02KX OHO25-73-1



Canada Wide Photo

H. Rocke Robertson

B.Sc., M.D.C.M.

Né en 1912 à Victoria, Colombie-Britannique

Curriculum vitae:

Chirurgien en chef à l'Hôpital Shaugnessy, A.A.C., de 1945 à 1959 et à l'Hôpital général de Vancouver, de 1950 à 1959.

Professeur de chirurgie à l'Université de la Colombie-Britannique, de 1950 à 1959.

Chirurgien en chef au Montreal General Hospital, de 1959 à 1962.

Professeur de chirurgie et président du département de chirurgie à l'Université McGill, de 1959 à 1962.

Président de l'Association des recteurs et présidents des universités du Québec, de 1968 à 1970.

Président et vice-chancelier de l'Université McGill, de 1963 à 1970.

Principaux domaines de recherche et d'intérêt:

Le Dr Robertson a écrit plusieurs articles sur l'enraiment des infections d'origine chirurgicale, la physiologie de la thrombose et des lésions des vaisseaux sanguins qu'elle entraîne, ainsi que sur la formation des chirurgiens spécialisés.

C'est un ancien champion interuniversitaire de tennis et un ardent bibliophile.

Publications:

Le Dr Robertson est l'auteur de nombreux articles de revues scientifiques, et il a donné maintes conférences tant au Canada qu'aux États-Unis.

Prix et distinctions:

Titres honorifiques: D.C.L. Bishop, 1963; LL.D., Manitoba, 1964; Toronto, 1964; Victoria, 1964; Glasgow, 1965; Michigan, 1967; Dartmouth, 1967; McGill, 1970; Sir George Williams, 1971, D.Sc. Colombie-Britannique, 1964; Université de Montréal, 1965; Memorial University, 1968; Jefferson Medical College, 1969. Compagnon de l'Ordre du Canada, décembre 1969.

Autres activités:

Membre du Conseil national de recherches du Canada, de 1964 à 1968.

Membre du Conseil d'administration de l'Association des universités et collèges du Canada, de 1964 à 1970.

Président de la Fondation canadienne de recherches sur les blessures de la route au Canada, depuis 1967.

Membre du conseil d'administration de Bell Canada, depuis 1965.

Membre du conseil d'administration de la Campagne des fédérations du Grand Montréal, depuis 1968.

Co-président de l'Association pour la réforme de l'enseignement, depuis juin 1969.

Membre du Comité des subventions nationales à la santé, Ottawa, depuis octobre 1970.

Membre du Collège royal des chirurgiens, Edimbourg; du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (vice-président en 1955); et du Collège américain des chirurgiens.

Avant-propos

Au cours des dernières décennies, on a activement discuté, tant au Canada qu'à l'étranger, des divers problèmes posés par l'administration des soins de santé. C'est la tendance de plus en plus répandue à accroître l'accessibilité aux soins et la responsabilité de la collectivité qui a constitué le sujet principal de ces discussions. J'ose croire que nous sommes à une époque où l'action correspond aux paroles. Dans bien peu de domaines tente-t-on autant d'expériences mineures et de changements importants qui intéressent tous les niveaux de notre société, et dans bien peu trouve-t-on autant d'inertie à certains points de vue. Toute étude générale de la structure et du financement de l'administration des soins au Canada s'est trouvé dépassée, sous quelque aspect, avant même que ses résultats ne soient publiés. De nouveaux problèmes se présentent, alors que d'anciens sont résolus. Il faudrait favoriser une plus large participation du public aux discussions.

Le Conseil des sciences du Canada s'est intéressé au rôle joué par les sciences et la technologie dans le domaine de l'administration des soins, et à celui qu'elles pourraient remplir, et il a décidé d'entreprendre une enquête à ce sujet. Le Comité des sciences de la santé auprès du Conseil des sciences du Canada a donc invité le Dr H. Rocke Robertson à diriger le groupe d'étude chargé de rédiger le présent rapport de documentation. Les opinions qui y sont exprimées sont, bien entendu, exclusivement celles de l'auteur, et ne reflètent pas nécessairement les vues du Conseil. Sans préjuger de leur accord individuel à l'égard des déclarations et conclusions du rapport, les membres du Comité des sciences de la santé ont approuvé la publication du rapport au nom du Conseil, car ils estiment qu'il contribuera grandement à l'actuel débat sur la mise sur pied d'un réseau médico-hospitalier canadien.

Afin de donner des proportions raisonnables à cette étude documentaire, il a fallu omettre de précieuses statistiques et tableaux de données. Tout chercheur intéressé peut cependant les consulter dans les archives du Conseil.

Le Conseil des sciences remercie le Dr Robertson et toutes les personnes qui ont travaillé avec lui pour mener à bien cette enquête, dans un domaine très ingrat.

P.D. McTaggart-Cowan,
Directeur général,
Conseil des sciences du Canada.

Préface de l'auteur

Depuis ses débuts, le Conseil des sciences du Canada a montré un vif intérêt pour les problèmes de la santé et a cerné les principaux buts à atteindre: «l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services médicaux, l'amélioration du milieu de vie des Canadiens et l'élaboration et l'amélioration de techniques d'hygiène publique».

Lors de sa réunion de septembre 1969, le Conseil des sciences a créé un comité des sciences de la santé ayant pour mandat:

«D'étudier l'usage des sciences et de la technologie dans le secteur canadien de la santé, et d'examiner les buts et le calendrier des priorités de la recherche dans le domaine des sciences de la santé, et particulièrement de faire des recommandations au sujet:

- a) du niveau général d'activité de la recherche dans le domaine des sciences de la santé, en fonction des objectifs et priorités de notre pays;
- b) des niveaux relatifs de la recherche dans les secteurs principaux du domaine de la santé, et de leur adéquation et de leur à-propos en fonction des besoins particuliers et possibilités de chaque secteur;
- c) des grands principes et des politiques qui régissent l'allocation de fonds publics pour la recherche dans les domaines des sciences de la santé;
- d) de l'organisation et des mécanismes nécessaires à la gestion de ces fonds».

Interprétation du mandat

Ce mandat peut être interprété de plusieurs façons. Dès que le Comité se mit à la tâche, il dut inévitablement examiner la signification des mots «science et technologie» (comment peut-on se servir de la science? Où finit-elle et où commence la technologie? Dans le domaine de la santé, sont-elles parfaitement distinctes de l'art médical?), l'étendue du secteur de la santé (y englobe-t-on tout ce qui a rapport à la santé, tels le logement, la pollution, la pauvreté, la médecine légale et la biochimie; dans la négative, où s'arrête-t-on?); les notions d'adéquation et d'à-propos (la recherche peut-elle être adéquate aussi longtemps qu'un problème existe? Peut-on être d'accord au sujet des priorités, de façon à juger de l'à-propos d'un programme de recherche?); et aussi, qu'est-ce que la recherche? (quel degré d'organisation et d'orientation scientifique doit avoir une enquête avant d'être qualifiée de recherche?).

C'eût été entreprendre une tâche disproportionnée que de choisir l'interprétation la plus large de chacun des termes du mandat, et de tenter son exécution. C'est pourquoi le Comité des sciences de la santé et le Groupe d'étude ont convenu de limiter l'étude initiale d'une façon ou de l'autre; il était évident que plusieurs décisions arbitraires seraient nécessairement prises.

Délimitation de la tâche à entreprendre

Il devint dès l'abord évident que la délimitation de la tâche à entreprendre nécessiterait l'étude préliminaire des objectifs nationaux dans le domaine de la santé. Bien que ceux-ci n'aient pas été clairement exprimés, certains

avaient été mentionnés dans les rapports de plusieurs commissions, comités et conférences qui avaient étudié les problèmes de la santé au Canada, au cours des dernières années.

Ces groupes, dont la composition variait fortement, avaient examiné le domaine de la santé dans son ensemble, et bien qu'ils n'eussent pas accordé leur attention aux mêmes aspects de ce domaine, ils avaient tous tiré des conclusions extraordinairement similaires. Tous avaient trouvé les mêmes lacunes dans notre régime sanitaire actuel; ils avaient convenu que celui-ci devrait être complet, coordonné et plus efficace. D'après ce que nous avons constaté, il n'y avait aucun désaccord majeur entre ces groupes, ni au sein de ceux-ci. **Nous avons donc, dès le début, pris pour acquis que l'établissement d'un réseau médico-hospitalier complet et coordonné constituait un objectif national.**

Évidemment, on discerne d'autres objectifs nationaux dans le domaine de la santé. La réalisation d'un certain nombre d'entre eux nécessite la mise en place d'un «réseau»; cependant pour des raisons pratiques, nous avons pris dès l'abord une décision qui a été approuvée par le Comité, c'est-à-dire de concentrer notre attention sur l'objectif primordial pour tous, et dont l'importance nous paraît déterminante dans l'état actuel de développement dans le secteur de la santé.

Une autre démarche a été nécessaire pour préciser notre position. Comme nous l'entendons, **la recherche dans les sciences de la santé embrasse** trois domaines principaux: *la recherche biomédicale* portant sur les fonctions biologiques et leurs perturbations, lesquelles relèvent de la médecine; *la recherche en administration des soins* y compris toutes questions d'organisation et de fonctionnement du réseau médico-hospitalier, sa qualité, son coût, etc. et *les recherches dans le domaine social*, portant sur les facteurs sociaux qui influencent la santé publique et l'accès aux soins.

En décidant de limiter notre étude à la recherche relative à la mise au point d'un réseau médico-hospitalier complet et coordonné, nous avons décidé d'écarter temporairement la recherche biomédicale. En conséquence, **le but de notre étude était d'examiner le niveau global, l'adéquation et l'à-propos de la recherche concernant la création d'un réseau médico-hospitalier complet et coordonné.**

Méthode d'approche

Afin d'être en mesure de juger de l'adéquation et de l'à-propos de la recherche, il nous a fallu étudier la situation actuelle, et déterminer, autant que possible, l'état de santé des Canadiens et la qualité des soins au Canada, en vue de détecter les points forts et les points faibles du réseau de santé.

Nous avons ensuite rassemblé des données sur les recherches accomplies dans le domaine. Le rapport de l'étude de documentation en reproduit un grand nombre. Nous avons, sans doute, examiné des sujets dépassant le cadre que nous nous étions tracé, mais nous ne présentons aucune excuse pour nous être égarés ainsi dans le labyrinthe des difficultés que présente le réseau médico-hospitalier.

Tout au cours de l'étude, nous avons buté contre la question suivante: «Qu'est-ce que la recherche en administration des soins?» Notre réponse est arbitraire et elle se reconnaît par les rubriques sous lesquelles nous

avons classé les divers projets de recherche*: la recherche portant sur la qualité des soins de santé, sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé (y compris des études du milieu ambiant), sur le personnel médical, sur l'organisation et la gestion du personnel et des installations, sur les demandes de service et, enfin, sur les aspects de la recherche socio-économique qui sont intimement liés au secteur de la santé.

Nous avons donc tenté de déterminer et de présenter au Comité des sciences de la santé du Conseil des sciences du Canada les connaissances que nous avons sur le réseau de santé actuel, ainsi que les améliorations qu'on cherche à y apporter. S'il s'agit ici d'un effort visant à déterminer l'adéquation et l'à-propos des recherches, il est clair que c'est une étape préliminaire, car nous n'avons que peu de données sur les problèmes et sur la qualité des solutions à apporter.

Le présent volume contient l'essentiel du rapport. Les sujets sont bien circonscrits, mais il faut se référer aux documents complémentaires des douze annexes si l'on veut étudier la question plus à fond. Ces documents sont répertoriés dans l'Annexe du présent rapport, et ils sont disponibles en parties, ou au complet dans un Supplément intitulé: «Health Care in Canada: Supplementary Papers». On peut se les procurer au Service de gestion des dossiers, Conseil des sciences du Canada.

le 30 mars 1972

H. Rocke Robertson,
Directeur du groupe d'étude.

Membres du groupe d'étude:

J.M. Amy, M.A. Kasowski, L.B. Pett, C.L.R. Unwin.

*Annexe 1 du Supplément, «Index de la liste des travaux de recherche».

Remerciements

Tout au cours de l'analyse des problèmes et de l'élaboration du programme d'études, l'aide du président et des membres du Comité des sciences de la santé nous a été fort précieuse. De plus, les critiques et les suggestions qu'ils ont faites ont facilité la rédaction du rapport. Bien que les opinions exprimées dans le présent rapport soient celles des membres du groupe d'étude, nous sommes très reconnaissants envers les membres du Comité pour l'aide et les conseils qu'il nous ont prodigués.

Les membres du groupe d'étude désirent témoigner leur gratitude aux conseillers scientifiques, le Dr Pierre Bourgault et M. Jorge Miedzinski, qui ont été de précieux collaborateurs tout au long de l'étude. Nous désirons aussi remercier le Directeur général du Conseil des sciences, le personnel administratif et les bibliothécaires, qui ont soutenu inlassablement nos efforts, ainsi que M. Douglas Nesbitt pour son travail consciencieux. Enfin, nous remercions Mmes Helen Routliffe et Lois Baker qui se sont acquittées avec beaucoup de gentillesse et de compétence de l'énorme tâche que nous leur avons constamment imposée.

Table des matières

Avant-propos	4
Préface de l'auteur	5
Remerciements	8
Principales conclusions	17
Introduction	23
I. L'état sanitaire	29
Évaluation de l'état de santé	30
Où en est l'évaluation de la santé?	30
La durée de vie	30
Les causes de décès	31
Les taux de mortalité puerpérale et néonatale	32
La prévalence, les causes et la gravité des maladies et des invalidités	32
Quelles améliorations pourrait-on apporter?	35
Dossiers des hôpitaux et des caisses d'assurance-maladie	35
Enquête sur l'état de santé des Canadiens	35
Conclusion	35
II. La qualité des soins	37
La question des normes	38
Pourquoi faut-il évaluer la qualité des soins?	38
Méthodes d'évaluation de la qualité des soins	39
La méthode directe	39
La méthode indirecte	40
Statistiques démographiques	40
Sondages	40
À l'hôpital	40
Études des dossiers médicaux	41
Enquêtes	41
Sur les actes médicaux	41
Sur les actes infirmiers	42
Sur les malades	42
Sur les clients des dentistes	43
Profil des spécialistes	43
Les médecins	43

Le contrôle des actes médicaux	44
1 ^o L'analyse des dossiers	44
2 ^o L'analyse de la fiche de sortie du malade	44
La synthèse des moyens	45
À qui incombe l'évaluation de la qualité des soins de santé?	45
La recherche sur la qualité des soins de santé	46
III. La qualité du réseau médico-hospitalier	47
L'indéfinissable structure du réseau	48
L'objectif définissable	48
L'évaluation de la qualité du réseau médico-hospitalier	49
L'importance de l'opinion des spécialistes sur place	49
Quels services peut-on raisonnablement attendre du réseau?	50
Le point de vue de l'utilisateur des services	50
Un accès facile et immédiat au réseau sanitaire	50
Un accès facile à un réseau coordonné de services de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation	51
Un guide pour les malades	51
Aucun obstacle pécuniaire	51
Le libre choix	51
Le point de vue du personnel médical spécialisé	51
Encouragements avant l'entrée dans la profession	52
Encouragements après l'entrée dans la profession	52
Le point de vue des organismes publics	52
Coup d'œil sur les faiblesses du réseau sanitaire	52
L'accès	52
La facilité d'accès	53
La coordination des services	53
La continuité des soins	53
Les installations	54
L'efficacité	54
Le personnel	54
La question financière	54
À la recherche des solutions	55
IV. Le personnel de santé	57
Attitudes à l'égard de l'évolution des services de santé	58
Les administrations publiques	58
Les universités et les collèges	58
Les collèges d'enseignement général et professionnel	59
Les médecins et les dentistes	59
Le public	60

Facteurs freinant l'évolution	60
L'évolution qui se dessine	61
Problèmes de compétence	61
Caractéristiques du personnel de santé	61
La recherche en administration des soins	62
La qualité de l'enseignement	62
Enseignement des sciences infirmières	64
Éducation permanente	64
Les cours de recyclage	64
Le jugement des collègues	65
Les visites d'équipes de professeurs	65
Les cours de recyclage dans les hôpitaux	65
L'autocritique	65
L'agrément périodique, et la compétence du médecin	66
Justification de l'agrément périodique	66
Une formule réalisable	67
Les mesures subséquentes	68
Le personnel de santé	69
Le nombre de médecins	69
Le besoin d'un plus grand nombre de médecins	69
La répartition géographique du personnel de santé	71
Les régions isolées	71
Les localités des régions éloignées	71
Les régions urbaines	72
La répartition des effectifs au sein de la profession médicale	73
Le médecin de famille	73
Le nombre de spécialistes	73
L'assistante médicale	74
Dans le Nord canadien	74
Dans l'industrie	74
Admissibilité et formation	75
Cours de formation universitaire	76
Quelques problèmes d'ordre pratique	77
Conclusion	78
Répartition du personnel paramédical	78
V. L'organisation du secteur sanitaire	81
Administrations publiques	82
Le rôle de l'administration fédérale en matière de santé	82
Rôles fondamentaux	82
Coordination et encouragement	83
Organisation de réunions	84

Subventions à la recherche	85
Normes nationales	86
La nécessité d'établir des normes nationales minimales pour chaque profession et chaque technique	86
La nécessité de la poursuite du financement de la recherche par les organismes fédéraux	87
Le rôle des administrations provinciales	88
Extension du rôle des organismes provinciaux	88
Dangers d'une trop grande autonomie	89
Les difficultés du rôle directeur du secteur fédéral	89
Le Conseil canadien de la santé	90
Organisation du secteur sanitaire	90
L'élément principal: l'hôpital	90
1. Répartition des hôpitaux	90
2. Relations organiques entre hôpitaux	91
3. Relations entre les hôpitaux et les autres services	92
L'hospitalisation excessive	92
Le besoin en établissements d'autres types	92
Services de diagnostic	93
Précision et efficacité	93
Laboratoires centraux	94
Soins aux malades sur pied	94
Médecine de groupe	95
Centres de santé	95
Soins de longue durée	97
Recherche et essais dans le domaine des soins de longue durée	97
Maisons de convalescence et de soins infirmiers	98
Médecine physiothérapeutique (ou physique)	99
La régionalisation	100
Participation de l'utilisateur des services	100
Pourquoi faut-il régionaliser le réseau?	101
Quelques exemples de plans régionaux	101
Planification hospitalière à l'échelle régionale	102
Les difficultés rencontrées	102
Quelques résultats positifs	103
Services organisés sur une base régionale	104
Vers la régionalisation	104
VI. Le coût des soins et la gestion	107
Le coût de l'administration des soins	108
L'envergure du problème financier au Canada	108
Proportion du P.N.B. consacrée aux services sanitaires	108

Proportion du revenu individuel consacrée à la santé	108
Dépenses réelles pour les soins individuels	108
La hausse des coûts	109
L'envergure du problème	109
L'efficacité de la gestion	111
Enquête auprès des firmes d'experts-conseils en gestion	112
Enquête sur l'activité de recherche dans les hôpitaux	112
Collaboration entre hôpitaux	113
Collaboration officielle	113
Collaboration officieuse	113
Recherche en gestion	114
Les économies possibles	115
Contrôle de la qualité	115
Rationalisation des paiements	115
Organisation	115
Personnel spécialisé	115
Mesures préventives	115
Mesures médicales	115
Que faisons-nous dans ces domaines?	116
La gestion	116
Le contrôle de la qualité	116
La rationalisation des paiements	116
L'organisation	116
Le personnel médical	116
Les mesures préventives	116
Les mesures médicales	117
VII. L'administration des soins et l'informatique	119
La gestion des hôpitaux	120
Administration générale	120
Échelonnement des entrées à l'hôpital	122
Entrées	122
La gestion des ensembles importants	123
L'informatique médicale	124
Le rapport coût/efficacité	125
Le besoin de centres de spécialisation	125
Les laboratoires automatisés	126
L'anamnèse	126
Le profil biomédical	127

Heuristique médicale	128
Caractéristiques morbifiques du milieu ambiant	128
Maladies causées par des gènes morbifiques	129
Modifications démographiques	129
État de santé de la population	129
Le fichier médical régional	130
La R & D en matière d'application médicale de l'informatique	133
La surveillance des malades et les soins intensifs	134
L'aide au diagnostic	134
VIII. La prévention de la maladie et la promotion de la santé	137
L'apathie du public et les échecs en matière de prévention	138
L'éducation du public en matière de santé et d'utilisation des services d'administration des soins	139
La promotion de la santé	139
Mise au courant des services disponibles	140
L'éducation sanitaire	140
Les écoles	140
Les organismes bénévoles	140
Les moyens d'information	140
Les ministères de la Santé	140
Les accidents du travail	141
Les organismes sanitaires provinciaux	141
Le dépistage préventif	141
Quelques incertitudes	141
Dépistage et soins périnataux	142
La pollution et la santé	143
La prévention en général	144
Le niveau de vie	144
Le rôle du médecin	144
L'accès aux soins et l'affabilité du personnel	144
Les résultats obtenus dans l'industrie	145
IX. La recherche en sciences de la santé au Canada	149
Définitions	150
La recherche biomédicale	150
La recherche en administration des soins	150
La recherche socio-médicale	150
Aperçu sur la recherche en administration des soins et sur les chercheurs	151

Répartition des responsabilités pour la recherche en administration des soins	151
Les universités	151
Les administrations publiques	152
Le financement de la recherche	152
Les fonds sont-ils suffisants?	152
La politique de financement	153
Quelques recommandations	155
aux fins de coordination	155
aux fins d'organisation	155
La nécessité d'un conseil de recherches en administration des soins	155
Le rôle du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social	155
Avantages de la recherche	155
La recherche biomédicale	155
Les découvertes	155
L'enseignement	157
L'exercice de la médecine	157
La recherche en administration des soins	157
Les effectifs de recherche	157
Les secteurs publics	157
Les universités	158
Les facultés de médecine	158
Les départements de sciences sociales	158
1. Les sociologues	158
2. Les économistes	158
Les autres organismes	158
L'adéquation de la recherche	159
Renvois	161
Annexes	173
Table des matières du Supplément	174
Publications du Conseil des sciences du Canada	177

Liste des tableaux

I–Nombre d'établissements de soins de longue durée par province et par ministère de tutelle en 1971	98
II–Proportion des dépenses consacrée aux frais d'hôpitaux, aux honoraires de médecins et de dentistes et aux médicaments, en 1957 et en 1969	109
III–Proportion des dépenses de santé consacrée aux hôpitaux et aux autres services en 1968	109
IV–Régimes de dépenses, toutes familles et personnes seules, Canada, 1969	110
V–Nombre d'études effectuées par des experts-conseils en gestion dans le domaine de la santé, classées d'après leur genre	112
VI–Enquête sur le nombre d'études, d'examens et d'innovations entrepris par les hôpitaux des diverses provinces	113
VII–Hôpitaux disposant d'un bloc informatique interne, tels les blocs numériques universels et les mini-ordinateurs spécialisés	121
VIII–Projets subventionnés en cours de réalisation et comprenant des recherches opérationnelles	122
IX–Principales sources canadiennes de financement des dépenses courantes de recherche, en 1969-1972	153

Liste des graphiques

1–Espérance de vie à la naissance au Canada et dans deux pays d'avant-garde	31
2–Taux de mortalité néonatale au Canada et dans deux pays d'avant-garde	33
3–Taux de mortalité puerpérale au Canada et dans deux pays d'avant-garde	34
4–Évolution d'un programme sanitaire	146
5–Prestations de maladie et d'invalidité	147

Principales conclusions

Chapitre I^{er} – L'état sanitaire

1. Un réseau médico-hospitalier ne peut atteindre à la qualité voulue que dans la mesure où l'on possède les données nécessaires à la planification et à l'évaluation des résultats.

2. Si l'on se fonde sur les statistiques d'espérance de vie et sur les taux de mortalité puerpérale et néonatale, on voit que le Canada ne fait guère bonne figure dans le domaine de la santé.

3. Les renseignements dont on dispose ne sont pas suffisants pour permettre la planification et l'évaluation. Les dossiers des hôpitaux et des caisses d'assurance-maladie contiennent une foule de renseignements qui pourraient être fort utiles s'ils étaient rassemblés.

4. On pourrait recueillir d'autres renseignements précieux en menant des enquêtes systématiques sur l'état de santé des Canadiens.

5. Il faut accomplir des recherches pour identifier et mettre au point des moyens de recueillir les données qui permettront de mieux évaluer l'état sanitaire.

Chapitre II – La qualité des soins

1. Raisons d'évaluer la qualité des soins:

a) Il ne peut y avoir d'amélioration que si l'on sait de quelle façon les soins sont administrés; «le processus d'amélioration de la qualité commence par le repérage des lacunes, qui suscite l'élaboration de plans visant à les combler. L'évaluation précise permet de cerner les objectifs et de juger si les résultats obtenus sont positifs».

b) L'amélioration de la qualité des soins; le fait que l'on vérifie soigneusement la qualité du travail accompli dans le domaine de la santé favorise cette qualité. On peut corriger les erreurs dès leur apparition.

2. L'évaluation de la qualité du travail d'un membre du personnel médical ou d'un établissement sanitaire est difficile, et elle est effectuée par diverses personnes et groupes (p. ex. Administration publique, hôpitaux, associations hospitalières, Conseil canadien d'accréditation des hôpitaux, médecins, etc.). Dans chaque province, il faudrait charger un organisme unique de la responsabilité de recueillir toute l'information nécessaire à ce sujet et lui donner les pouvoirs pour agir. Le rôle des Collèges des médecins et chirurgiens n'est pas énoncé clairement dans la législation concernant la médecine. Nous recommandons que cette précision soit donnée et que les collèges de médecins et chirurgiens soient chargés d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins dispensés par leurs membres.

3. Les moyens actuels pour évaluer la qualité des soins sont fort incomplets, laborieux et probablement imprécis. Il faudrait de plus entreprendre des recherches en vue de mettre au point de meilleures méthodes.

Chapitre III – La qualité du réseau médico-hospitalier

1. La mise sur pied d'un réseau médico-hospitalier complet et coordonné constitue un pas important vers l'amélioration de l'état sanitaire de la population. Cet objectif ne pourra être atteint que si l'on élimine les problèmes sociaux et les lacunes du milieu environnant qui menacent la santé.

2. Il faudrait mettre au point des critères permettant d'évaluer le

fonctionnement du réseau médico-hospitalier.

3. On ne peut y parvenir qu'en menant des enquêtes minutieuses sur la qualité des soins accordés au malade dans chaque district, en interrogeant aussi les spécialistes de la santé et en tenant compte des vues de la population en général.

4. Les faiblesses du réseau médico-hospitalier sont les suivantes:

- a) L'accès malaisé au réseau.
- b) L'absence de coordination des éléments du réseau.
- c) La discontinuité des soins (En particulier la pénurie d'établissements de soins infirmiers).
- d) Le manque d'efficacité.

Pour essayer de combler certaines de ces lacunes, nous recommandons la formation d'assistantes médicales.

Le réseau n'offre pas de stimulant au perfectionnement personnel.

L'augmentation rapide du coût des soins est alarmante.

Chapitre IV – Le personnel de santé

1. L'attitude générale à l'égard de l'évolution du réseau médico-hospitalier est favorable. Cette évolution rencontre plusieurs entraves, mais certaines forces apparaissent, qui pourraient susciter les réformes demandées.

2. Une évolution se produit actuellement dans l'enseignement de la médecine. Bien que cette tendance soit favorable, il y a danger que la mise à l'écart des aspects scientifiques de la médecine porte un coup dangereux aux centres de spécialisation, et par répercussion, à la qualité des soins.

3. De plus en plus, on réalise l'importance de l'éducation permanente. L'évolution des méthodes et des programmes est en cours; cependant, il reste encore beaucoup à faire pour déterminer la formule idéale d'éducation permanente du personnel de santé.

4. Il faudrait soumettre le travail du personnel spécialisé à des examens périodiques pour assurer, autant que possible, le maintien d'un niveau élevé de compétence. Dans le cas des médecins, un comité dont les membres seraient choisis par l'État et le Collège des médecins et chirurgiens serait chargé d'examiner les données consignées dans les dossiers médicaux, jusqu'à ce qu'on mette au point une méthode plus perfectionnée. Si, à la suite de cet examen, on doute de la compétence d'un médecin, ses actes professionnels devraient être soumis à un examen complet.

5. Étant donné le peu de renseignements qu'on possède sur la situation actuelle au Canada et l'incertitude concernant l'avenir, il est difficile de calculer le nombre de spécialistes de la santé nécessaires pour effectuer les tâches. On aura presque certainement besoin d'un plus grand nombre de médecins. Il est dangereux et injuste de se fier à l'apport étranger. Les besoins prévus ne sont pas suffisamment précis pour justifier la création de nouvelles écoles de médecine, mais ils sont suffisants pour qu'on demande aux écoles existantes de former un plus grand nombre de diplômés.

6. Les infirmières expérimentées ont montré, tant dans l'industrie que dans le Nord Canadien, qu'elles pouvaient très bien exécuter certaines tâches d'assistance médicale. Il faudrait encourager les programmes visant à la formation d'assistantes médicales.

Chapitre V – L'organisation du secteur sanitaire

1. Outre le rôle important de l'administration fédérale en tant qu'agent de coordination, de stimulation, de rassemblement, etc., il est nécessaire que les organismes fédéraux continuent à financer la recherche en sciences de la santé et à établir des normes nationales pour chaque profession et technique.

2. La surcharge des services hospitaliers est l'indice premier d'une mauvaise administration. On ne peut y remédier que par la coordination des services de diagnostic, de soins aux malades sur pied et de soins infirmiers.

3. La régionalisation d'un réseau médico-hospitalier est difficile à réaliser. Dans les grandes provinces, on ne peut mettre en place de réseau dynamique sans planification et administration à l'échelon régional.

4. La régionalisation des services sera vraisemblablement un succès si elle s'effectue graduellement et si elle commence par la coordination des services hospitaliers, pour ensuite s'étendre à certains services sanitaires de l'État et services cliniques, à l'éducation permanente et au contrôle de la qualité des soins.

Chapitre VI – Le coût des soins et la gestion

1. Le coût des soins continue à augmenter et leur paiement exige maintenant à une forte proportion du P.N.B. et du revenu individuel.

2. La proportion du revenu que l'on devrait consacrer à la santé n'est pas connue. À l'heure actuelle les soins médicaux sont au bas de la liste des dépenses du Canadien moyen.

3. Tant que l'inefficacité et l'extravagance n'auront pas été complètement éliminées, les Canadiens n'obtiendront pas les avantages correspondant aux dépenses qu'ils consentent.

4. Les renseignements sur les cas d'inefficacité et d'extravagance sont peu nombreux, mais il y a certainement lieu d'apporter un grand nombre d'améliorations. On fait de sérieux efforts pour accroître l'efficacité, surtout dans les hôpitaux.

Chapitre VII – L'administration des soins et l'informatique

1. Les divers paliers de gouvernement et les hôpitaux utilisent largement l'informatique pour les travaux d'administration générale dans le domaine de la santé.

2. L'usage de l'informatique pour les recherches opérationnelles, la planification des entrées, l'information médicale et la gestion des grands ensembles, est encore limité aux travaux de recherche et aux entreprises-pilotes.

3. Les applications de l'informatique en médecine clinique sont encore très peu nombreuses.

4. Les possibilités de l'informatique sont vastes dans tous les secteurs du réseau médico-hospitalier. L'élaboration des techniques constitue une tâche ardue et onéreuse, et elle devrait être effectuée dans quelques centres de spécialisation.

Chapitre VIII – La prévention de la maladie et la promotion de la santé

1. La prévention de certaines maladies contagieuses, ainsi que les mesures préventives en général sont largement répandues, mais il est impossible d'éliminer certaines infirmités et maladies que le public pourrait prévenir par une action personnelle.

2. Il faudrait entreprendre des recherches en vue de trouver de meilleures méthodes d'enseignement.

3. Le dépistage est utile dans certains cas, mais la valeur de sa généralisation reste à prouver. L'examen périnatal offre d'excellentes perspectives.

4. «Si seule une amélioration du mode de la vie peut résoudre les problèmes de santé, il faut avouer que jusqu'ici bien peu a été fait dans cette voie». Les résultats tangibles ne seront obtenus que dans l'avenir.

5. La facilité et la qualité des contacts entre les malades et les services sanitaires constituent des facteurs importants pour la promotion de la santé.

Chapitre IX – La recherche en sciences de la santé au Canada

1. La recherche en administration des soins fait appel à un grand nombre de disciplines. Ce n'est que récemment que l'on s'est penché sur la question. On commence à former des chercheurs spécialisés et à établir des relations interdisciplinaires.

2. D'après les critères proposés, le financement de la recherche biomédicale est insuffisant. Les fonds pour la recherche en administration des soins suffisent pour le moment, mais devront être augmentés rapidement en raison de l'entrée de nouveaux chercheurs sur le marché du travail.

3. Il est important que :

a) le gouvernement fédéral conserve un rôle prépondérant dans le financement de la recherche;

b) l'exploration d'un domaine de recherche soit effectué par un organisme de recherche indépendant;

c) les organismes publics aient les moyens de subventionner la recherche et les essais dans les domaines d'actualité importants ou névralgiques.

4. On a montré qu'il était nécessaire et possible de mettre sur pied un programme de recherches en administration des soins. Il faudrait charger un Conseil des recherches en administration des soins de sa mise en œuvre.

5. Le Conseil des recherches en administration des soins devrait relever du même ministre que tous les autres conseils de recherche.

6. La recherche biomédicale offre des avantages certains pour la découverte, l'enseignement et l'exercice de la médecine, et le Canada a fait des contributions importantes dans ces domaines. Les avantages éventuels de la recherche en administration des soins sont énormes.

7. Le nombre des chercheurs spécialisés commence à s'accroître.

8. Lorsqu'on analyse la recherche et les essais qui ont été effectués en matière d'administration des soins, on en arrive à la conclusion qu'ils sont inadéquats.

Introduction

Notre mandat nous incite à chercher la réponse à la question suivante: «Comment progresse la création de notre réseau médico-hospitalier?» Pour tenter d'y répondre, nous avons dépouillé une vaste documentation publiée récemment à ce sujet au Canada, questionné des fonctionnaires, des universitaires, des membres du personnel hospitalier et des membres d'associations professionnelles médicales. Grâce à cet effort, nous avons pu, au cours de notre année d'études, compiler et analyser une liste de travaux de recherches dans le domaine de la santé.

Malgré l'ampleur de notre enquête et l'accueil favorable que nous avons reçu, nous ne pouvons donner de réponse précise à la question mentionnée ci-dessus. Au mieux, nous pouvons indiquer qu'il y a de bonnes raisons d'être optimistes.

Comme l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation sont bien établies dans tout le pays, les bases de création d'un réseau efficace existent. Les gouvernements fédéral et provinciaux, les établissements d'enseignement, les médecins et le public s'attendent à des réalisations pratiques; si on ignore généralement dans quel sens celles-ci produiront, il y a toutefois un climat favorable à des modifications du système actuel. Il reste, toutefois, que la réalisation de progrès dépend de l'évolution de quatre couples de facteurs antagonistes: coût et qualité, offre et demande, entreprise publique et entreprise privée, action et inertie.

Le coût et la qualité

Presque tous les pays du monde se préoccupent de l'état de santé de leur population. Plus les demandes du public augmentent, et plus la médecine devient complexe, plus les difficultés causées par l'administration des soins à tous se multiplient, et plus leur coût s'accroît. Pour les autorités publiques, c'est sans doute le coût qui constitue le problème le plus gênant; dans certains pays, il atteint un tel niveau que les gouvernements le considèrent comme un grave problème économique. Ce n'est pas seulement son taux d'accroissement qui devient inquiétant, mais aussi sa disproportion par rapport à d'autres formes d'investissement social et à l'efficacité du réseau.

Bien que le coût importe, la qualité et la quantité des soins ont encore plus d'importance: on doit donc arbitrer constamment entre le freinage du coût et l'amélioration des services de santé.

Jusqu'à un certain point, ces deux exigences sont compatibles, car certaines mesures peuvent à la fois réduire le coût et améliorer les services. Mais, le plus souvent, il existe une relation étroite entre coût et qualité: l'amélioration de la qualité des soins coûte cher, et on ne peut décider à la légère d'adopter des mesures visant à réduire leur coût, de peur que la qualité des soins ne s'en ressentent.

C'est cette dernière possibilité qui soulève le plus de questions. Un zèle excessif pour réduire le coût pourrait entraîner une diminution de la qualité des soins; d'autre part, une insistance déraisonnable pour préserver la qualité des soins pourrait, dans certaines cas, ralentir les progrès. Il est possible que les mécanismes qu'on met en place pour freiner les dépenses coûtent plus d'argent qu'ils n'en économisent.

Nous examinerons tout d'abord l'état de santé de la population canadienne et la qualité des soins auxquels elle a accès, parce que ces questions

sont, selon nous, d'une importance cardinale. Les appréhensions suscitées par la hausse continue du coût risquent d'entraîner le rejet de certains arguments en faveur de la qualité; malheureusement, peu d'entre eux peuvent être confirmés ou infirmés par des faits. Certains sont sûrement faux, mais la plupart sont évidemment bien fondés; dans le corps du rapport, nous avons insisté sur la nécessité de maintenir la qualité des soins là où nous la croyions en danger d'être sacrifiée à d'illusoires économies.

Il faut admettre que notre opinion se fonde sur l'expérience que nous avons acquise et sur ce qui, pour diverses raisons, paraît judicieux. Il n'existe guère de faits sur lesquels fonder une décision lorsqu'on doit choisir entre coût et qualité. Le besoin de critères objectifs pour évaluer cette dernière est donc très grand. Bien que personne ne sache de façon précise comment mesurer cette qualité, le rassemblement de certaines données éparses pourrait fournir des éléments de base. Nous avons recommandé ce moyen, et la réalisation de recherches sur les méthodes d'évaluation de la qualité des soins.

Nous avons insisté sur la qualité sans sous-estimer l'importance du coût. Lorsque les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation ont été enfin établis dans tout le pays, les Canadiens ont pris conscience du coût d'exploitation des hôpitaux et de rémunération du corps médical. Le total est extrêmement élevé, et il croît de façon alarmante depuis quelques années. On se demande évidemment combien il faut investir dans le domaine de la santé. Cinq et demi pour cent du Produit national brut, est-ce trop ou trop peu? Les citoyens devraient-ils consacrer plus de 6.35 pour cent de leurs revenus à la santé, étant donné qu'ils dépensent deux fois plus pour leur transport? Avant que l'on puisse répondre à ces questions, il faudrait effectuer des analyses de rentabilité et établir des priorités dans le domaine de la santé. En attendant, il reste beaucoup à faire pour éliminer les extravagances et les inefficacités coûteuses, là où cela est possible.

Il n'y a pas d'argument définitif pour choisir entre coût et qualité, mais on peut au moins préciser les notions sur la qualité. Jusqu'à ce qu'il soit possible de mesurer celle-ci, les responsables ne pourront se baser que sur leurs idées préconçues pour effectuer leurs choix.

L'offre et la demande

Quel que soit le régime adopté, il ne réussira que si les services sanitaires qu'il offre contrebalancent judicieusement les demandes. Il irait infailliblement à l'échec s'il visait à les satisfaire toutes; par contre, le public n'accepterait pas un régime trop rigide et ascétique.

On connaît mal les exigences auxquelles les hôpitaux, les médecins, les centres de soins permanents et tous les autres services doivent faire face; il est toutefois évident que la suppression des charges financières incite plus de gens à profiter des services. Le jour viendra, s'il n'est pas déjà arrivé, où il faudra songer sérieusement à délimiter les services que la société accepte de fournir, ou, autrement dit, ce que l'individu peut raisonnablement demander. Est-il à même de consulter rapidement un médecin? Quel est le délai d'attente pour un lit d'hôpital, dans le cas d'un malade dans un état non critique? Comment peut-on offrir les meilleurs soins possibles dans les

régions éloignées? Les planificateurs doivent répondre à ces questions, et à bien d'autres encore, en tenant compte du personnel disponible, de la répartition des tâches, et des possibilités offertes par les techniques de gestion et de rationalisation, autant de questions qui se rapportent à l'offre et à la demande pour les soins de santé.

Malgré la confusion qui entoure la question, il ne faut pas oublier que le réseau doit répondre aux besoins de l'individu; ceux-ci ne sont pas toujours complexes ou classifiables, car, bien souvent, ils sont simples et ne requièrent que les connaissances et l'attention sympathique d'un responsable; le cas échéant, ce dernier doit pouvoir diriger le malade vers le service compétent.

Cette observation nous a incités à proposer une révision de la répartition des tâches, et à favoriser en particulier la formation d'assistantes médicales pouvant s'occuper de l'orientation médicale des malades, de concert avec les médecins.

Cette méthode, visant à satisfaire la demande de soins, s'appuie sur un apport technologique indispensable. On songe évidemment à l'ordinateur, qui est déjà au service de la médecine de plusieurs façons. Jusqu'à maintenant, cet instrument a servi surtout en gestion hospitalière, et, de façon générale, en comptabilité. Son rôle éventuel dans le domaine du diagnostic et du traitement n'est pas encore clair. De plus, on n'a pas encore exploité à fond ses possibilités dans le domaine de la gestion de l'information. Cela se produira sans doute à l'avenir. La rapidité des progrès du réseau médico-hospitalier dépendra de la rapidité et de l'efficacité de la collecte et de la classification des données concernant la demande de services sanitaires, et des possibilités de les satisfaire.

L'entreprise publique et l'entreprise privée

Au Canada, comme ailleurs, les soins ont d'abord été assurés par les organismes bénévoles et l'entreprise privée, les administrations publiques ne jouant qu'un rôle accessoire. Peu à peu, cependant, leurs sphères d'activité se sont étendues, si bien qu'actuellement ce sont les organismes publics qui ont le rôle prédominant: ils financent les hôpitaux, de nombreux établissements et le corps médical.

On peut maintenant s'interroger sur les limites du rôle du secteur public, si l'on tient compte des progrès du réseau médico-hospitalier. Cette question n'est pas nouvelle, mais il convient d'en discuter présentement, car il est encore temps d'épargner les meilleurs services offerts par l'entreprise privée, pour compléter ceux des organismes publics.

Nous n'avons examiné cette question qu'incidemment au cours de notre étude, mais nous avons noté quelques succès de l'entreprise privée: la construction et l'exploitation des hôpitaux, l'excellente qualité des soins dans de nombreuses collectivités, la création de centres de spécialisation et d'organismes bénévoles trop nombreux pour qu'on les cite, et qui contribuent largement au bien-être des malades. Il importe de ne pas sacrifier toutes ces réussites et tous ces talents. L'élaboration d'un bon réseau médico-hospitalier s'appuiera largement sur eux.

Il nous faut donc trouver un équilibre judicieux entre l'entreprise publique et privée, au sein d'un réseau qui sera en grande partie régi par

l'État, afin de bénéficier du dynamisme des successeurs de ceux qui ont créé les institutions privées.

Action et inertie

Il y a trente ans, un rapport officiel¹ recommandait l'élaboration d'un régime complet d'administration des soins au Canada. Le peu de progrès accomplis depuis indique bien l'inertie des mécanismes sociaux et la somme d'énergie requise pour la surmonter. Nous avons essayé de déterminer la raison de cette inertie, mais nous n'avons identifié que les généralités bien connues, à savoir que la plupart des gens, et surtout les spécialistes de la santé, préfèrent ne pas modifier leurs habitudes confortables; d'autre part, on ne croit pas que des interventions gouvernementales amélioreraient la situation. Cependant, lorsque de bonnes raisons militaient en faveur de l'intervention, comme dans le cas des régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, les autorités publiques ont agi. Leur action n'a pas été nécessairement bien préparée et bien planifiée; le contraire est vrai, et dans les deux cas, de sérieuses difficultés administratives ont suivi. Heureusement, elles touchaient le financement et la comptabilité, et rarement les soins offerts. De telles difficultés dans ce dernier domaine auraient de graves répercussions. Il faut donc espérer qu'à l'avenir, on se souviendra de ces expériences.

Il est peu probable que les raisons profondes de l'inertie disparaîtront, mais, de toute façon, on recommandera certaines mesures, et l'on présentera de bonnes raisons qui inciteront à l'action. Dans le cas des soins, les seuls arguments valables sont les preuves d'efficacité, d'où la nécessité de recherches et d'essais, plus utiles que la mise sur pied de services non éprouvés.

La recherche en matière d'administration des soins

Plus on se penche sur la question, plus on se rend compte de l'absence de données précises sur l'état de santé des Canadiens et sur les soins qu'on leur offre. Il faut donc conclure que le nombre de travaux de recherches en ce domaine est minime en comparaison de la multiplicité des problèmes. Cela n'est pas surprenant, car il s'agit là d'un nouveau domaine dans tous les pays, y compris le Canada, et il n'existe encore que peu de spécialistes. Les progrès récents sont toutefois encourageants. Les universités ont réuni des équipes de recherche, effectué des essais, modifié leurs programmes d'enseignement pour présenter la recherche en administration des soins à leurs étudiants, et élaboré des programmes d'études supérieures. Les gouvernements organisent leurs ministères et embauchent du personnel, de façon à pouvoir planifier objectivement leur action. Les administrateurs hospitaliers, les médecins et les infirmières s'intéressent de plus en plus à de telles recherches. Il y a donc déjà beaucoup d'activité, et il y en aura sans doute encore plus, mais il n'est pas possible de prévoir les effets que ces recherches auront sur le développement du réseau; toutefois, on s'est engagé dans la bonne voie et l'avenir est assez prometteur.

Mais, comme on le dit souvent, si l'on s'occupe trop des soins à donner aux malades, on néglige les causes déterminantes de leur maladie. Il faudrait élucider les facteurs qui diminuent la résistance à la maladie, à savoir

les problèmes de la pauvreté, du comportement et des relations humaines, toutes conditions infiniment plus complexes que les problèmes de traitement des maladies. Ceux-ci sont très difficiles à résoudre, et pourraient bénéficier de tous les talents disponibles et utiliser tous les crédits consentis. Il est pourtant évident que, même si le traitement des maladies était aussi bon que possible, il serait indispensable de s'attaquer aux causes déterminantes, faute de quoi il serait impossible de remporter la victoire.

Il faudrait donc mettre l'accent plus sur la prévention que sur le traitement; cette modification n'implique pas qu'il faudrait répartir les crédits au détriment des soins, et en faveur de la prévention. Selon nous, il faudrait obtenir un changement d'attitude des responsables chargés de parer aux répercussions de l'action de ces causes déterminantes. Il leur faudrait tout mettre en œuvre pour établir les corrélations entre maux sociaux et troubles physiques et psychiques; ils devraient, dans ce but, travailler en collaboration avec les sociologues, les économistes, les psychologues, les épidémiologistes, les experts-conseils en santé publique et tous ceux qui cherchent des solutions aux problèmes fondamentaux.

Cette nouvelle orientation nécessiterait l'encouragement de la recherche et des essais dans le domaine socio-médical, dont l'état est présentement décourageant, non seulement en quantité, mais aussi en idées motrices. On espère que la multiplication des possibilités de recherche et de collaboration, qui ont été fort insuffisantes jusqu'à présent, résoudra ce problème.

La triade

Le succès de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie et, le cas échéant, du traitement, a besoin de s'appuyer sur un réseau intégré de services de santé. Si les talents et les installations qui s'accumulent depuis longtemps étaient bien employés, ils formeraient la majeure partie, sinon l'ensemble d'un tel réseau. Ce qu'il faut, c'est trouver le moyen de coordonner ce qui existe sans faire diminuer la qualité, et découvrir les points faibles.

Les autorités publiques, les universités, les organismes s'occupant de la santé et les professions sanitaires se préparent à entreprendre des recherches et des essais de grande envergure qui serviront à étayer les réformes importantes qui seront apportées au réseau médico-hospitalier.

I. L'état sanitaire

«On ne peut évaluer que subjectivement la plupart des valeurs de la vie, ainsi que ses qualités les plus durables, et il est impossible de mesurer ou de définir la compassion, l'intuition, l'amour, l'esprit créateur et la beauté. Si la santé n'est pas intimement liée à ces attributs, elle y est certainement associée de façon positive»¹.

En effet, comme le souligne ce passage, la santé ne peut être mesurée avec précision. En la définissant comme l'absence de maladie, on reste dans le vague, car il est tout aussi difficile de définir cette dernière. Que l'on introduise la notion plus positive de bien-être², et l'on s'écarte encore plus de la précision.

Cependant, il est important de connaître, aussi clairement que possible, l'état de santé de la population. *Pour que nous puissions créer un meilleur réseau médico-hospitalier, il nous faut rassembler les données indispensables à sa planification adéquate et à l'évaluation des résultats obtenus.* Nous étudierons tout d'abord les difficultés de l'évaluation de l'état de santé, ce qu'on a accompli, et ce qu'on pourrait faire.

Évaluation de l'état de santé

Le bon état de santé d'un peuple est le résultat de plusieurs facteurs dont les plus importants sont les suivants:

- a) L'héritage génétique de la population; l'aptitude innée à supporter les tensions et les déboires de l'existence;
- b) le mode de vie, les habitudes alimentaires, l'équilibre entre le repos et l'activité physique, l'abus de tabac et d'alcool, l'usage de stupéfiants;
- c) le milieu social, l'éducation, l'abondance ou la pauvreté, la concurrence, l'amour, la haine, etc. . . .
- d) l'environnement physique: le logement, la pureté de l'air et de l'eau, etc. . . .
- e) les soins: les mesures préventives, l'hygiène, le traitement des malades.

Puisque la santé est la résultante de l'action de tous ces facteurs, ses aspects complexes échappent souvent à toute définition. Il faudra cependant déterminer ce qui constitue la santé chez l'individu, si l'on veut effectuer une évaluation quelconque. On peut y parvenir quand il s'agit d'une maladie caractérisée, mais on le fait rarement. Quand on considère une nombreuse population, on rencontre des affections si diverses qu'il est difficile de faire la part de la santé et de la maladie. Dans l'état actuel des choses, il est impossible de résoudre ce problème; cependant, certains critères de santé, si élémentaires soient-ils, sont très utiles et constituent les données de base nécessaires à la planification. Ce sont l'espérance de vie, les causes de décès et le taux de morbidité.

Où en est l'évaluation de la santé?

La durée de vie

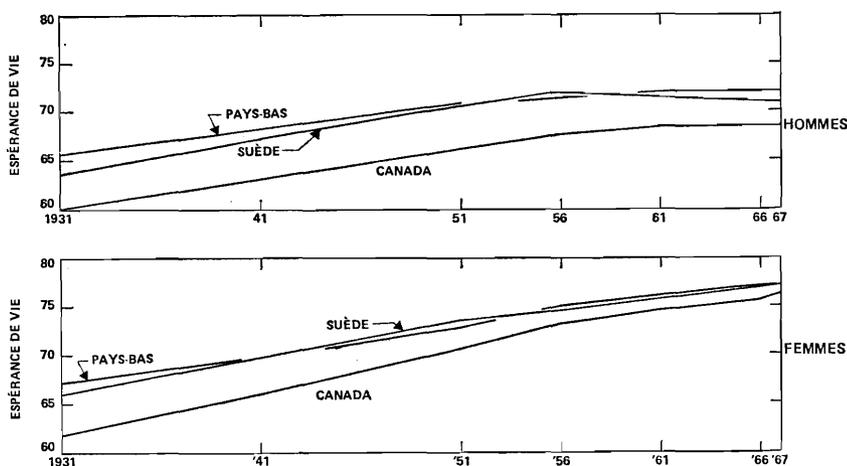
L'abondante documentation accumulée sur ce sujet, au cours de nom-

breuses années, permet d'établir des comparaisons à l'échelle nationale et internationale.

Le graphique n° 1 montre un accroissement constant de l'espérance de vie à la naissance, pour les hommes comme pour les femmes. C'est un critère de progrès en lui-même. Il faut cependant remarquer que, dans d'autres pays, l'espérance de vie est plus grande. En Suède et aux Pays-Bas, pays qui occupent généralement les premières places dans les statistiques sanitaires, les femmes vivent environ une année de plus, et les hommes deux ans de plus que leurs homologues canadiens.

Nous ne pouvons négliger cette différence. Pas plus que dans d'autres domaines sanitaires où le Canada ne fait pas aussi bonne figure qu'il le devrait, nous ne pouvons invoquer l'influence des statistiques relatives à nos populations indigènes, les Indiens et les Esquimaux. Il est vrai qu'ils ne font pas bonne figure³, mais en raison de la faible importance numérique de ces populations, les statistiques concernant l'ensemble du Canada n'en sont guère influencées.

Graphique n° 1—Espérance de vie à la naissance au Canada et dans deux pays d'avant-garde



Sources d'information: *Annuaire démographique des Nations Unies 1967*, New York, 1968, pp. 732, 735.

Annuaire du Canada 1970-1971, Ottawa 1971, p. 341.

Communication verbale des ambassades de Suède et des Pays-Bas.

Communication verbale de Statistique Canada, Division des statistiques de la santé et du bien-être.

Les causes de décès

On peut connaître quelques aspects de l'état de santé d'une population en analysant les tables de mortalité pour certaines maladies particulières⁴ et certains groupes sociaux.

Bien que les causes de décès soient soigneusement enregistrées⁴ et que les fluctuations numériques soient relevées (on a ainsi noté la décroissance de la tuberculose et de la poliomyélite, et l'augmentation du nombre des accidents), ces données ne sont guère instructives. Le taux de mortalité

peut être influencé par la fréquence d'une maladie ou une modification de son traitement; il ne constitue donc pas un indice de problèmes particuliers ni de réalisations. Il ne tient pas compte, non plus, des séquelles qui n'entraînent pas le décès, ou ne le provoquent qu'après une longue période.

Les taux de mortalité puerpérale et néonatale

Ceux-ci dépendent probablement de l'état sanitaire général, des conditions de vie et de la qualité des soins, dont ils semblent constituer des indices assez précis. Si c'est le cas, il y a lieu de s'inquiéter encore plus des résultats obtenus par notre pays (voir les graphiques n^{os} 2 et 3 illustrant les statistiques de mortalité puerpérale et néonatale.) On constate que l'amélioration constante s'est ralentie au cours des dernières années, et que la Suède et les Pays-Bas font encore meilleure figure. S'il s'était produit trois décès de moins dans chaque province et territoire en 1967, le Canada aurait atteint la première place. Mais sur le plan de la mortalité néonatale, notre pays fait triste figure: pour atteindre les résultats obtenus par la Suède en 1967, il aurait fallu sauver la vie de 300 nouveau-nés de plus dans chaque province et territoire.

Toutes les études s'attachent au classement international. À beaucoup d'égards, il est bon de s'en inspirer pour s'efforcer de faire mieux, surtout quand on ne fait pas partie des chefs de file. Dans le domaine de la santé, les résultats canadiens sont médiocres, bien que le Ministère de la Santé britannique⁵ ait présenté quelques chiffres réconfortants:

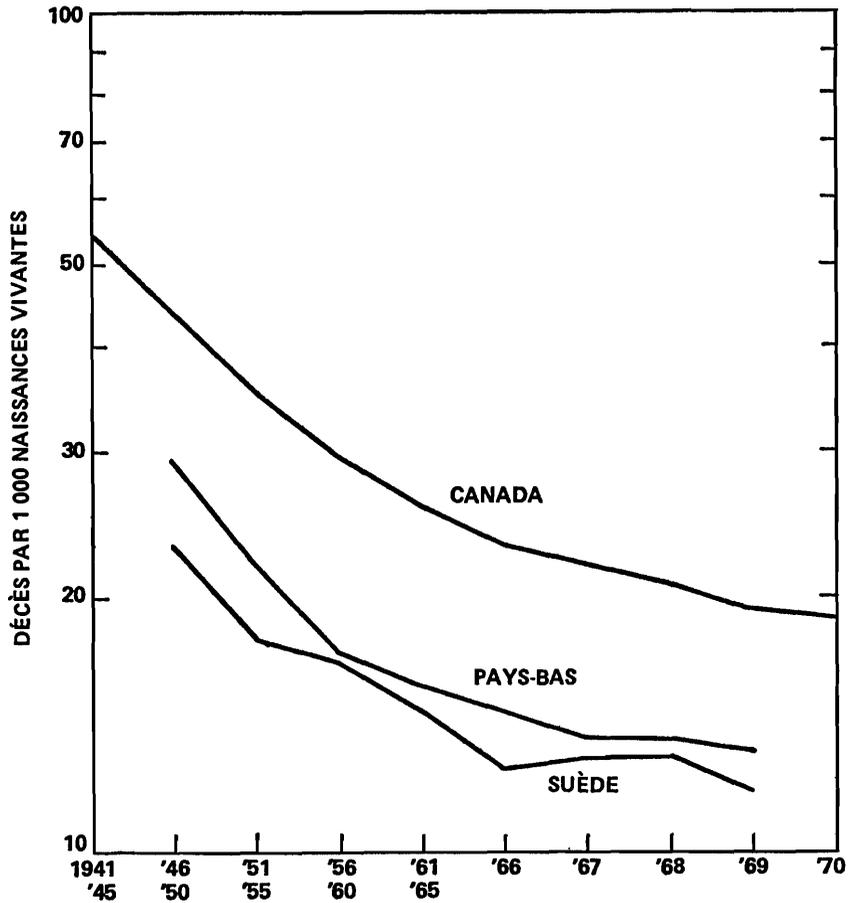
«Si l'on additionne les taux normalisés de décès, de mortinatalité, de mortalité néonatale et de mortalité puerpérale, on obtient le classement suivant pour le période 1961-1963:»

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. Suède (qui a obtenu les meilleurs résultats) | 9. France |
| 2. Suisse | 10. République fédérale d'Allemagne |
| 3. Australie | 11. Autriche |
| 4. Pays-Bas | 12. Hongrie |
| 5. Canada | 13. Japon |
| 6. Tchécoslovaquie | 14. Italie |
| 7. Belgique | 15. Portugal |
| 8. Royaume-Uni et États-Unis d'Amérique | |

La prévalence, les causes et la gravité des maladies et des invalidités

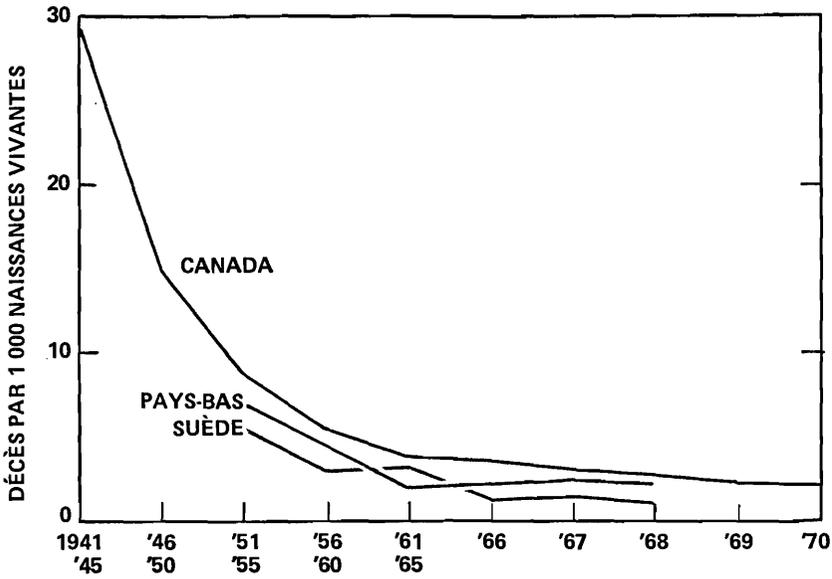
Sur ces questions, les données canadiennes sont fort incomplètes et dénuées d'intérêt. On relève avec soin les cas de maladie à déclaration obligatoire (surtout des maladies contagieuses), le nombre des accidents de la route; on recueille par-ci, par-là, quelques renseignements au sujet du taux de morbidité (prévalence) pour certaines maladies particulières que l'on étudie spécialement, mais en général on ne dispose pas de statistiques reflétant la situation sanitaire du pays. Cette grave lacune peut et doit être comblée.

Graphique n° 2—Taux de mortalité néonatale au Canada et dans deux pays d'avant-garde.



Sources d'information: *Annuaire du Canada 1970-1971*, Ottawa 1971, p. 302.
Annuaire statistique des Nations Unies, 1962, 1967, 1969, 1970. Taux de mortalité néonatale.
Communication verbale de Statistique Canada, Division des statistiques de la santé et du bien-être.
Communication verbale des ambassades de Suède et des Pays-Bas.

Graphique n° 3—Taux de mortalité puerpérale au Canada et dans deux pays d'avant-garde



Sources d'information: *Annuaire du Canada 1951-1971*, Principaux taux démographiques de certains pays.

Communication verbale de Statistique Canada, Division des statistiques de la santé et du bien-être.

Communication verbale des ambassades de Suède et des Pays-Bas.

Quelles améliorations pourrait-on apporter?

Dossiers des hôpitaux et des caisses d'assurance-maladie

Un grand nombre de données, recueillies par les hôpitaux et les caisses d'assurance-maladie du pays pourraient être consultées. Mieux classées⁵, ces données nous éclaireraient sur la prévalence et les causes des maladies qui entraînent le recours au médecin ou l'entrée à l'hôpital. **Il faut immédiatement rassembler les renseignements existant dans les domaines des hôpitaux et des caisses d'assurance-maladie, au sujet de la prévalence des maladies afin qu'ils puissent servir d'indice de l'état de santé de la population.**

Enquête sur l'état de santé des Canadiens

Quelle que soit la valeur des renseignements provenant des hôpitaux ou des cabinets médicaux, ils sont insuffisants: les personnes malades physiquement ou mentalement ne s'adressent pas toutes au médecin, et ne sont pas toutes hospitalisées. Leur maladie n'est donc consignée nulle part. De temps à autre, on entreprend une étude sur l'état de santé de certains groupes⁷, mais on n'a pas de vue d'ensemble de la situation, et il n'est pas facile d'y parvenir. Pour y arriver il faudrait qu'on recueille régulièrement des données concernant des échantillons représentatifs de la population de toutes les régions du pays. Dans un autre domaine, l'enquête sur la population active, qui se poursuit depuis de nombreuses années, s'est révélée fort utile.

La principale difficulté n'est pas d'organiser une enquête, mais plutôt d'extraire des données valables, grâce à un questionnaire sur l'état de santé apparent des individus. Il faut viser à la précision des renseignements et, ainsi que nous l'avons constaté dans un projet se rapportant à notre sujet⁸, rechercher quelles questions doivent être posées, comment elles doivent être présentées et à qui les adresser. Les réponses doivent contenir les éléments qui permettront de juger de l'équilibre physique et mental de chaque individu auquel l'étude s'intéresse, aussi bien que de son adaptation au milieu social; il est urgent de pousser les recherches dans cette direction.

Compte tenu de l'imprécision des méthodes utilisées actuellement, nous pensons qu'une série synoptique d'enquêtes sur l'état de santé de la population fournirait de précieuses indications, et nous recommandons qu'on entreprenne une Enquête sur la santé des Canadiens⁹ (ce serait une modification de l'enquête sur l'incidence de la maladie au Canada, voir page 42). C'est évidemment au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social qu'il incomberait de mettre sur pied une telle enquête.

Conclusion

Nous concluons que les renseignements actuellement à notre disposition ne sont pas suffisamment complets pour nous permettre d'apprécier l'état de santé de la population, mais qu'on pourrait améliorer l'information disponible en rassemblant les données suivantes:

1^o Les statistiques démographiques;

2^o les statistiques de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation au sujet des taux de morbidité;

3^o les enquêtes sur l'état de santé de la population.

II. La qualité des soins

«On demandait récemment à un médecin expérimenté quels critères il utiliserait pour évaluer l'efficacité d'un hôpital; quelle importance il accorderait à la compétence du personnel, au nombre de malades à la charge d'une infirmière, à l'adéquation des services techniques, à la nourriture des malades, aux installations de réadaptation, et à tous les autres points qui retiennent généralement l'attention des autorités inspectant les hôpitaux. «Je ne m'arrêtera à aucun de ces points, répondit-il; je me rendrais tout simplement dans les chambres de six malades et je m'enquerrais auprès d'eux de la façon dont ils ont été traités, et des soins qu'on leur a prodigués depuis leur admission à l'hôpital». La sagesse de cette réponse ne se limite pas aux seuls services hospitaliers, tant il est vrai que n'importe quel mécanisme, si ingénieux soit-il, ne constitue qu'un moyen pour atteindre un objectif»¹.

La question des normes

Pour évaluer la qualité, il faut s'appuyer sur des normes qui, malheureusement, sont peu nombreuses et bien souvent imprécises, surtout dans les domaines où la qualité importe beaucoup. Selon quels critères peut-on apprécier la façon dont un médecin exerce son art, procède à un diagnostic, se comporte avec des malades et les traite? Quelles normes faut-il appliquer aux analyses de laboratoire, aux lits d'hôpitaux, aux médicaments? L'accès aux soins médicaux doit-il être aisé? Quels résultats devrait-on obtenir dans telle ou telle situation? Il est regrettable, mais non surprenant, que ces questions n'aient pas de réponse satisfaisante; ce n'est pas une raison pour décourager ceux qui veulent entreprendre l'évaluation, ou tout au moins la vérification de la qualité d'un service, ni pour y faire obstacle. Les progrès ne sont pas impossibles, même si, en l'absence de méthodes perfectionnées, on est obligé d'utiliser des moyens rudimentaires que l'on affinera avec le temps. **L'important est de faire, parallèlement à la recherche de meilleures méthodes, un effort concerté afin de vérifier ou d'évaluer, chaque fois que c'est possible, la qualité du travail accompli dans le domaine de la santé.**

Pourquoi faut-il évaluer la qualité des soins?

Pourquoi tant se soucier d'évaluer cette qualité? Est-elle si médiocre? Les lenteurs administratives sont-elles excessives? Le coût des soins est-il trop élevé? Ou y a-t-il quelque autre raison? Qui peut dire que les soins sont de qualité inférieure? Certains affirment que cette qualité est très élevée, sans plus de preuves. En fait nul ne sait. Il est certain que l'Administration se mêle beaucoup des problèmes sanitaires, mais ce n'est pas elle qui a lancé l'idée du contrôle de la qualité des soins. Bien avant que les gouvernements ne s'intéressent sérieusement à l'administration des soins, on avait mis en œuvre des mesures diverses de contrôle de la qualité². Lentement, mais sûrement, le mouvement avait commencé. Les considérations de coût interviennent largement, car l'escalade constante des frais médicaux a suscité un vif intérêt pour leur qualité. Les gens veulent savoir ce qu'ils

obtiennent pour leur argent, préoccupation toutefois élémentaire et personnelle, que l'on risque facilement d'exagérer. Nous reviendrons plus tard sur ce dernier point (voir le chapitre VI).

Les préoccupations causées par la montée en flèche des frais médicaux ne constituent pas, tant s'en faut, le seul facteur important favorisant l'évaluation de la qualité des soins. C'est l'amélioration de cette dernière qui est la considération primordiale. Les vérifications effectuées constituent un stimulant pour ceux qui en sont l'objet. **Mais plus encore, on peut dire que le processus d'amélioration de la qualité commence par le repérage des lacunes, lequel suscite l'élaboration de plans visant à les combler. L'évaluation précise permet de fixer des objectifs et de se rendre compte s'ils sont atteints.**

Méthodes d'évaluation de la qualité des soins

On peut juger de la qualité des soins assurés à une collectivité par des méthodes directes ou indirectes.

La méthode directe

Cette méthode n'est guère praticable actuellement, sauf dans des circonstances spéciales et dans des secteurs limités. Elle nécessiterait l'examen détaillé d'un grand nombre de personnes souffrant d'affections diverses, traitées dans différentes conditions par un échantillon de médecins, représentatif du corps médical. Ce processus nécessiterait des entrevues avec des malades et leur médecin, des études subséquentes pour analyser les résultats des traitements, et un examen approfondi des dossiers des malades; en résumé, ce processus serait beaucoup plus compliqué que celui de l'Enquête sur la santé au Canada, que nous avons proposée. Un tel travail pourrait être réalisé dans le cadre d'une étude spéciale et, si l'on peut se mettre d'accord sur les normes à respecter, ses résultats présenteraient un intérêt considérable; cependant, il est peu probable que l'on puisse répéter une étude de ce genre à intervalles réguliers.

La méthode directe, telle qu'elle est décrite dans la citation en tête du présent chapitre, est très attrayante. Nul doute que l'examen de quelques malades suffise à un praticien expérimenté pour évaluer avec justesse le fonctionnement d'un service hospitalier, ou les efforts d'un médecin. Pourquoi ne pas faire appel régulièrement à des inspecteurs indépendants? Peut-être serait-ce une réussite; mais il faudrait que ces experts jouissent d'un grand prestige pour qu'on respecte leur opinion, aussi sévère qu'elle soit. Toutefois, on ne peut espérer que l'opinion d'un critique prévale longtemps; les personnes visées protesteraient, exigeraient la création d'un comité spécial et demanderaient l'établissement de normes objectives et, finalement, un «mécanisme ingénieux» assurerait l'évaluation des traitements. Néanmoins l'idée de ces sondages n'est pas à rejeter; cette méthode pourrait fonctionner parfaitement, surtout dans les régions rurales, ainsi qu'on a pu le constater dans différentes parties de la Saskatchewan et de la Nouvelle-Écosse. De plus, il est bon de rappeler que **tous les chefs de services hospitaliers devraient utiliser la méthode directe régulièrement, et**

comme méthode ultime d'évaluation quand la compétence d'une personne et le bon fonctionnement d'un établissement auraient été mis en doute³.

La méthode indirecte

Dans cette méthode, on évalue la qualité des soins par l'examen des dossiers ou de quelques cas particuliers. Les dossiers sont disponibles sous différentes formes :

Statistiques démographiques

Il s'agit d'une analyse des statistiques de mortalité et des causes de décès au sein de groupes d'âges déterminés. Nous avons déjà souligné la faible valeur que nous reconnaissons à ces données, car l'hygiène personnelle ne constitue qu'un des facteurs de longévité. Il n'est pas le plus important, sauf dans le cas des parturientes et des nouveau-nés.

On ne peut attribuer trop de poids non plus à la fréquence des maladies et des invalidités qui, mal utilisée ou interprétée, pourrait même fausser l'évaluation des soins. Si, par exemple, on améliorerait considérablement le traitement du diabète et de l'hypertension, et que leur incidence n'en soit pas modifiée, leur taux de morbidité augmenterait. De plus, si l'on améliorerait nos méthodes de recensement pour ces maladies, leur incidence semblerait croître⁴.

Sondages

À l'hôpital

L'hôpital bien organisé crée, au sein de son personnel médical, des Comités d'évaluation des actes médicaux et chirurgicaux. Chaque service enregistre les complications qui surviennent et les décès. On procède régulièrement à un examen critique des résultats obtenus. Mais cette méthode ne s'est pas encore généralisée.

Tous les hôpitaux agréés⁵ ont mis sur pied un mécanisme adéquat de comités. Toutefois, rien ne prouve que ces derniers remplissent leur tâche consciencieusement et efficacement, et on ignore quelle est la proportion d'hôpitaux non agréés où fonctionne un mécanisme efficace de contrôle. Elle est probablement faible.

Cette vérification fournit des données d'une importance cardinale pour les autorités chargées d'évaluer la qualité des soins donnés. Cependant, à l'exception du contrôle des actes médicaux⁶, il ne s'agit que de vérifications par sondage. Elles ne permettent guère la comparaison, sauf dans des circonstances exceptionnelles, qu'elles soient favorables ou défavorables. En effet, les conclusions des Comités d'évaluation varient selon le moment et le lieu. Rien ne s'oppose cependant à l'établissement d'un mécanisme d'évaluation périodique des actes hospitaliers⁷ indiquant les progrès accomplis, ou leur absence, et offrant des éléments de comparaison. Il est difficile d'élaborer des critères quantitatifs nombreux pour les soins administrés par les services médicaux (à distinguer des services chirurgicaux) d'un hôpital. Toutefois, il se produit, dans l'ensemble des services, suffisamment d'événements décisifs⁸ pour qu'on puisse en déduire une évaluation de la qualité des soins donnés.

Étude des dossiers médicaux

L'étude de groupes particuliers (par exemple les nouveau-nés), ou d'individus souffrant de lésions ou de maladies particulières, constitue un important moyen d'évaluation de la qualité des soins. Dans les services bien organisés, on surveille constamment les résultats obtenus par les différents modes de traitement ou de thérapeutique. Les Commissions des accidents du travail, qui suivent de près les soins administrés à leurs assurés, nous fournissent un bon exemple des études de dossiers. Elles consignent et analysent les résultats des traitements des différentes lésions et maladies, parant aux lacunes dès qu'elles sont détectées. La plupart des services cliniques des hôpitaux tiennent un relevé permanent des résultats obtenus pour certaines affections. Beaucoup d'hôpitaux ont des services cliniques de post-observation. Si on le connaissait mieux, on s'apercevrait que le volume de travail ainsi effectué pour vérifier, et par conséquent rehausser la qualité des soins, est important.

Enquêtes

L'étude de groupes particuliers donne d'excellents éléments d'évaluation des soins administrés aux malades :

Sur les actes médicaux

Il y a quelques années, le Dr Kenneth F. Clute⁹ a mené une enquête, devenue classique auprès des médecins canadiens. Un observateur expérimenté a suivi de près, pendant trois jours, le travail d'un des 86 omnipraticiens choisis, en Ontario et en Nouvelle-Écosse. Bien qu'il ait toujours accordé au médecin le bénéfice du doute, il lui apparut que 40 pour cent des médecins donnaient des soins de qualité médiocre, que 20 pour cent n'étaient ni bons ni mauvais, et que 40 pour cent exerçaient leur profession avec compétence. L'importance de ces conclusions est indéniable. Soulignons toutefois que cette enquête a eu lieu entre 1956 et 1960, et n'a visé que des omnipraticiens dont la plupart travaillaient seuls, souvent dans des collectivités isolées. Elle n'indique donc rien au sujet du travail des spécialistes, ou des médecins exerçant en groupe.

Depuis lors, on a opéré de profonds changements aux différents niveaux de la formation universitaire, et de l'éducation permanente du médecin. On peut donc se demander ce que révélerait actuellement une enquête semblable. La profession médicale elle-même a évolué; la médecine de groupe a pris de l'extension, permettant l'intensification des communications confraternelles. On peut penser que la qualité s'est améliorée mais, faute de preuves, on ne peut l'affirmer. On ne peut négliger les conclusions de cette enquête sur la qualité des soins; cependant, les investigateurs ont mis en lumière certains points particulièrement intéressants :

1) Il existe une relation inverse entre l'âge du médecin et la qualité des soins qu'il donne.

2) L'isolement prive le médecin des conseils, des critiques et de la concurrence de ses confrères, et amoindrit ses capacités professionnelles.

3) Les lacunes relevées concernent presque toujours les principes fondamentaux de l'art de guérir: considération insuffisante des antécédents personnels du malade, examen physique incomplet, ou négligence d'un

principe aussi élémentaire que la stérilisation d'un instrument. L'ignorance des récents progrès de la science médicale était rarement en cause.

4) L'appréciation des aptitudes du médecin à exercer son art est difficile. Il est impossible à l'observateur de se former rapidement une opinion à ce sujet, car l'observation doit être prolongée et scrupuleuse, quoique l'expérience puisse sans doute augmenter les aptitudes à juger de l'enquêteur.

Nous reviendrons plus loin sur ces différents points.

Sur les actes infirmiers

En 1963, l'Association des infirmières canadiennes avait patronné une importante étude, dont le rapport fut publié en 1966¹⁰. Pendant deux semaines et demie, l'équipe d'enquêteurs menait une investigation exhaustive dans un hôpital parmi un groupe de douze, comprenant deux hôpitaux en Ontario et au Québec, et un dans chaque autre province. L'équipe effectuait des observations directes dans les salles, questionnait les surveillants, les infirmières et les malades, analysait l'organisation administrative et inspectait les installations en général.

La préface du rapport explique que la nature de l'enquête n'a pas toujours permis d'exprimer des conclusions nettes: on a établi des critères qualitatifs pour les soins infirmiers et délimité les secteurs à étudier plus à fond, et ceux où des améliorations seraient nécessaires. On doit noter que 73 pour cent des 136 malades interrogés se sont montrés extrêmement satisfaits des soins infirmiers. Ce rapport a suscité un grand intérêt au sein des services infirmiers de nombreux hôpitaux.

Actuellement, un comité de l'Association des infirmières canadiennes essaie d'élucider le problème de l'évaluation des soins qu'une infirmière, individuellement, donne à ses malades (évaluation distincte de celle du service infirmier dans son ensemble).

Sur les malades

On ne s'était jamais beaucoup intéressé à l'opinion des malades, ni aux renseignements qu'ils pouvaient fournir. L'Enquête sur la maladie au Canada, effectuée en 1950-1951, a porté sur cette source d'information, mais par la suite, les investigations ont été rares, localisées et d'envergure limitée. Ce n'est qu'au cours des dernières années qu'on a entrepris une série d'enquêtes importantes.

Les informations qui en ont découlé se rapportent surtout à la qualité des soins. Beaucoup s'étonnent des réponses très favorables exprimées par les malades au sujet des soins qu'ils ont reçus, que ce soit dans les régions urbaines ou rurales, et dans des districts riches ou moins riches. Bien peu de régions pauvres ont été englobées dans l'enquête¹².

Le Canada n'est pas le seul pays à s'enorgueillir de rapports aussi enthousiastes¹³. Les pays qui collaborent à l'Organisation mondiale de la Santé¹⁴, ainsi que l'Australie, ont fait part de semblables conclusions¹⁵.

Une situation aussi favorable est-elle possible? Se peut-il que les soins donnés dans ces différents pays et au Canada soient d'une qualité telle qu'ils satisfassent tout le monde? Ou bien la méthode d'investigation est-elle défectueuse? Greenhill estime que peut-être «les questions sont inadéquates, ou mal posées». C'est peut-être vrai, mais dans le cas des enquêtes

mentionnées, l'expérience, la compétence et la conscience des observateurs ne peuvent être mises en doute. Mais il est difficile d'obtenir des résultats précis au moyen d'un questionnaire, surtout quand on cherche à connaître des opinions plutôt que des faits. Il faut accepter les réponses avec circonspection, et ne pas prétendre que tout est pour le mieux dans le meilleur des services médicaux. Toutefois, on peut les citer à tous ceux qui prétendent que l'ensemble des services est dans un état déplorable, et qu'il faut les remanier de fond en comble. Entre ces deux extrêmes, on peut argumenter sans fin, ou effectuer des recherches fructueuses.

On ne peut donc qu'être surpris de découvrir, en cette époque de dénigrement systématique, une situation apparemment trop belle pour être vraie.

Sur les clients des dentistes

L'enquête effectuée en 1963 par l'Association dentaire canadienne a révélé que 43 pour cent des Canadiens âgés de plus de deux ans avaient eu besoin des services d'un dentiste dans le courant de l'année¹⁶; ceci ne veut pas dire qu'ils avaient reçu des soins complets.

L'enquête, effectuée par Statistique Canada pour le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, a confirmé les résultats ci-dessus, et a indiqué que 41.8 pour cent de l'échantillon de population avait eu recours au moins une fois aux services d'un dentiste dans le courant de 1967¹⁷. Nous n'avons rien découvert qui nous permette de porter un jugement de valeur sur les soins dentaires au Canada.

Profil des spécialistes

Les médecins

Les renseignements¹⁸ que les médecins consignent sur les formules d'assurance-maladie en vue du paiement de leurs honoraires, même s'ils sont limités, permettent d'établir le profil de chaque médecin. Dans la plupart des provinces, on a élaboré des normes rudimentaires concernant surtout le nombre de malades soignés par un médecin de chaque spécialité. Des comités examinent la situation des médecins dont l'activité s'écarte de ces normes. La composition de ces comités varie selon les provinces: on y trouve généralement des médecins et des représentants de l'administration publique, ou des médecins désignés par les autorités sur recommandation de l'Ordre des médecins et chirurgiens.

Cette diversité de composition, et la difficulté de trouver la formule adéquate, prouvent à quel point la situation est délicate. Beaucoup de personnes redoutent, non sans raison, la centralisation des renseignements personnels. La répugnance du médecin au stockage officiel des données concernant ses malades est forte, car il doit sauvegarder leurs intérêts et les siens propres. Il faut donc élaborer lentement un compromis entre cette attitude et le besoin réel, reconnu par tous, de données permettant l'évaluation de la qualité des soins. Les suspicions initiales s'apaisent quand l'analyse de l'activité des médecins a été pratiquée depuis plusieurs années.

Le contrôle des actes médicaux

Il y a deux modes de contrôle des actes médicaux :

1^o L'analyse des dossiers – Il consiste à examiner, suivant divers procédés, des dossiers pris au hasard, afin de déterminer la qualité des soins administrés à un malade en particulier. Cette méthode est instructive, mais exige beaucoup de travail, et il est difficile d'en maintenir l'efficacité quand on doit examiner un grand nombre de dossiers. Elle se révèle particulièrement utile comme sondage d'inspection en vue de l'agrément d'un hôpital.

2^o L'analyse de la fiche de sortie du malade – Le service d'archives de l'hôpital extrait les renseignements du dossier du malade et les transcrit sur une fiche, grâce à laquelle le bloc informatique dressera des tableaux où les données apparaîtront sous la forme requise. Cette méthode exige, elle aussi, beaucoup de travail, mais elle a déjà prouvé son utilité ; ses possibilités sont nombreuses. Ainsi que l'a exprimé J.M. Last :

«Le contrôle des actes médicaux sert avant tout à des fins administratives, bien qu'il offre aussi des enseignements, et qu'en général les malades en bénéficient. L'administrateur peut évaluer l'efficacité (mais pas nécessairement le rendement) de chaque élément du service dont les activités sont soumises à évaluation (celle-ci est faite en fonction du nombre de cas de maladie, de leur diversité, etc.). Les médecins qui participent à l'évaluation, en faisant leur autocritique, feront bénéficier leurs malades de l'expérience acquise. Aucun médecin intelligent et consciencieux n'ignore la valeur d'un examen rétrospectif de ses activités, quelle que soit son opinion sur l'évaluation par ses confrères, dont il peut d'ailleurs juger aussi les actes médicaux. De plus, cette évaluation familiarise les médecins avec certains aspects peu connus de l'analyse numérique, élargissant ainsi leur horizon intellectuel, à l'avantage de la collectivité. Si le contrôle des actes médicaux et chirurgicaux fait apparaître un taux élevé d'ablations d'organes normaux (nombreuses hystérectomies où l'utérus est apparu normal lors de l'examen anatomo-pathologique) les chirurgiens responsables acquerront quelque humilité professionnelle, et n'opéreront qu'avec la certitude de l'existence d'une maladie exigeant leur intervention»¹⁹.

Un grand nombre d'hôpitaux canadiens ont adopté la méthode d'analyse des fiches de sortie des malades. Certains hôpitaux ont leur propre mécanisme de contrôle des actes médicaux et chirurgicaux mais, en général, ils collaborent au fonctionnement d'un mécanisme collectif, dont deux réunissent de nombreux hôpitaux canadiens :

a) *L'Hospital Medical Record Institute*²⁰ qui sert approximativement 100 hôpitaux de l'Ontario et quelques-uns en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve, et analyse 57 000 fiches de sortie par mois, pour 107 hôpitaux^{21, 22}.

b) *Le Medical Audit Programme-Professional Activity Study* (MAPS-PAS) d'Ann Arbor, Michigan, qui sert environ 200 hôpitaux canadiens comprenant 40 000 lits (la clientèle de ce service comprend 1 423 hôpitaux et 210 600 lits). Cent vingt-quatre de ces hôpitaux sont agréés, et 37 sont affiliés à une école de médecine. Les hôpitaux de l'Alberta représentent plus de la moitié des 200 abonnés au service. La plupart des hôpitaux ne

sont abonnés qu'au service PAS, et environ 25 pour cent au MAPS.

Il apparaît donc qu'un grand nombre de nos hôpitaux appliquent la méthode du contrôle des actes médicaux, mais on ne peut évaluer, actuellement, les avantages qu'ils en retirent. Il s'agit, pour beaucoup d'entre eux, d'une expérience nouvelle. Il est évident que cette méthode est praticable et adaptable, et que l'expérience permettra de la perfectionner et lui confèrera une valeur indiscutable.

La synthèse des moyens

Nous avons indiqué brièvement divers moyens pour évaluer la qualité des soins médicaux, et bien qu'aucun d'eux ne soit bien précis, *leur association fournit des données extrêmement utiles*. En outre, le rassemblement de ces données permet de découvrir des renseignements complémentaires, et de nouveaux modes d'utilisation.

À qui incombe l'évaluation de la qualité des soins de santé?

Remarquons tout d'abord qu'à notre connaissance il n'existe nulle part au Canada de mécanisme officiel de collecte et d'analyse des données provenant de diverses sources, aux fins d'évaluation de la qualité des soins, pas plus qu'il n'existe de plan pour remédier à cette situation. La qualité des soins n'a été pendant longtemps qu'une question de conscience professionnelle, ou un domaine privé. L'intérêt public hâtera des progrès qui ont été retardés pour différentes raisons²³, dont la principale est que personne n'a jamais été chargé de surveiller la qualité des soins. Dans certaines provinces, personne n'est habilité à effectuer le contrôle des actes médicaux et à prendre les mesures qui s'imposent. Il faut charger un organisme de la responsabilité de recueillir toute l'information nécessaire, et lui donner les pouvoirs pour agir, sinon aucun progrès ne sera fait et la confusion et le manque de communication persisteront.

Les pouvoirs des divers Ordres de médecins et chirurgiens varient suivant les provinces. L'Ordre a toujours le pouvoir d'agréer ou non les médecins. Par contre, ses obligations et ses pouvoirs, au sujet de la qualité des actes médicaux de ses membres, sont rarement précisés (sauf en cas de plainte). Cependant, la plupart des statuts des Ordres de médecins suggèrent que le législateur désire leur voir assumer la responsabilité de la compétence de leurs membres.

Dans la plupart des hôpitaux, les dispositions réglementaires rendent les conseils d'administration responsables de la qualité des soins. Mais on ne précise pas clairement qu'il doit s'assurer que cette tâche est accomplie, sauf jusqu'à un certain point dans les hôpitaux agréés.

Si l'évaluation complète du travail est essentielle au bon fonctionnement du réseau, et nous en sommes persuadés, il faudrait alors délimiter clairement les responsabilités.

Il y a différents aspects à considérer. Le réseau comprend plusieurs organismes (administrations publiques, hôpitaux, laboratoires, etc.) et aussi de nombreux groupes professionnels (médecins, dentistes, personnel infirmier, techniciens de laboratoire, etc.). Un organisme central ne pour-

rait-il veiller à la juste évaluation de chaque phase du traitement? Ce serait sans doute faisable, mais difficile, car quelle que soit la forme de cet organisme, il faudrait que la qualité du travail exécuté par les membres de chaque profession soit évaluée par leurs pairs, qui seuls sont suffisamment compétents pour juger le travail.

Pendant qu'on se préoccupe d'une évaluation d'ensemble, beaucoup pourrait être fait, surtout au niveau du travail des médecins, pour poursuivre l'œuvre déjà entreprise dans beaucoup d'hôpitaux et à l'extérieur et officialiser ce qui, souvent, est une pratique courante.

Nous croyons que **les Ordres des médecins et chirurgiens devraient être chargés d'évaluer la qualité des soins donnés par les médecins, que ce soit à l'hôpital ou ailleurs, et de les améliorer (voir page 67)**. Ce qui ne veut pas dire que tout profane devrait être exclu des organismes de contrôle.

Il faudrait conclure un accord avec l'Association des hôpitaux, avec chaque hôpital en particulier, et avec le Conseil canadien d'accréditation, pour mettre en œuvre un mécanisme d'évaluation de la qualité de ces soins, lequel fournirait un critère d'agrément.

Dans le cas des soins donnés hors des hôpitaux, les Ordres de médecins et chirurgiens devraient collaborer avec les services de l'État qui s'occupent de la collecte des données pour l'assurance-maladie²⁴.

La recherche sur la qualité des soins de santé

Il est peu probable que nous rencontrions, au cours de nos investigations (voir l'annexe n° 5), des travaux en cours nombreux et importants portant sur la qualité des actes médicaux et des travaux des comités de contrôle des actes chirurgicaux: rapports réguliers sur les complications et les décès, analyses des résultats obtenus dans des catégories particulières de maladies. Tout service bien organisé effectue normalement ces travaux.

La liste (voyez les nos 1 à 45 de la liste des travaux de recherche) est donc fort incomplète. Le petit nombre de programmes de recherche sur l'évaluation des soins de santé prouve qu'il reste beaucoup à faire en ce domaine.

III. La qualité du réseau médico-hospitalier

«Avoir des briques, c'est important, mais un tas de briques ne fait pas une maison»¹.

L'indéfinissable structure du réseau

Le réseau médico-hospitalier, tel qu'il s'étend à presque toute la société, est confus et compliqué. Tous les paliers de gouvernement, les universités et les collèges, de nombreuses professions du secteur de la santé, des administrateurs, des bénévoles, des travailleurs sociaux et de nombreux autres métiers participent à son fonctionnement. Il comprend la recherche, l'enseignement et une foule de spécialités. Il doit faire face à de nombreuses difficultés d'organisation et de gestion. Il fait appel au sociologue, au travailleur social, au psychologue et à l'aménagiste. En fait, il est quasi impossible de décrire un tel réseau, tant ses éléments sont nombreux et étroitement imbriqués.

L'objectif définissable

Il est peut-être plus simple de décrire l'objectif du réseau que le réseau lui-même. C'est l'administration de soins complets et coordonnés par des personnes compétentes, afin de prévenir ou de soigner toute la gamme des maladies humaines. Elle nécessite l'existence d'une liaison étroite entre les services de traitement et de prévention et entre leurs diverses sections, évitant les doubles emplois ou les lacunes, afin que chacun puisse bénéficier aisément du régime de santé.

La réalisation d'un tel but constitue une tâche considérable dans les circonstances actuelles, car, même si l'on dispose de toutes les installations et de presque tout le personnel nécessaires, il faudra les adapter pour qu'ils fonctionnent harmonieusement ensemble; c'est un travail de longue haleine et de grande envergure.

Pendant, ainsi qu'on l'a souligné maintes fois, il faut voir plus que le simple traitement des maladies. Il faut se pencher sur le mode de vie des individus, leur alimentation, la qualité de l'air qu'ils respirent, leurs habitudes: en un mot se préoccuper des facteurs dont leur bien-être et leur santé dépendent, car c'est de là que proviennent un grand nombre de nos difficultés. La santé de la population, et la santé mentale en particulier, bénéficierait de cette réforme plus que de tout autre progrès de la seule science médicale.

Si valable que soit cette proposition, il faut que nous tracions certaines limites à la présente étude. Donc, bien que nous ayons essayé d'évaluer l'activité de recherche actuelle (1970-1971) en matière socio-médicale, nous avons examiné plus particulièrement les aspects de l'administration des soins aux personnes. Nous reconnaissons l'importance des influences sociales et du milieu ambiant sur la santé; les personnes œuvrant dans le secteur sanitaire devraient encourager et informer celles qui s'occupent de l'amélioration des conditions sociales.

L'évaluation de la qualité du réseau médico-hospitalier

Les indices de santé dont nous avons parlé au premier chapitre ne donnent qu'une idée incomplète de la qualité du réseau. Sans ce dernier, l'espérance de vie serait probablement plus courte, les taux de mortalité puerpérale et infantile plus élevés. Même si ces indices étaient favorables, le réseau pourrait être coûteux et inefficace, mal géré, peu pratique et exaspérant pour le malade.

L'importance de l'opinion des spécialistes sur place

Il faut trouver un moyen de juger le fonctionnement du réseau sous tous ses aspects, bien qu'il n'existe aucun indice «d'inefficacité» ou «d'exaspération du malade». Avec le temps, on reconnaîtra certains critères déterminants de la bonne marche du réseau médico-hospitalier mais, en attendant, il faut se baser sur l'expérience et l'opinion des autorités locales pour étayer tout jugement.

Sans elles, toute enquête fructueuse est impossible, en raison des facteurs multiples dont il faut tenir compte: géographie, climat, conditions sociales et économiques, habitudes locales, etc. De plus, les modes d'organisation et les installations pour l'administration des soins médicaux sont si complexes et si variés qu'on ne peut mener une enquête intelligente que dans la mesure où les autorités locales y participent activement.

Une autre raison en faveur des enquêtes de district menées en collaboration avec les spécialistes locaux est qu'ils n'admettront que les changements dont ils comprennent la raison; et ils ne consentiront à négliger leurs intérêts personnels que s'ils sont convaincus d'œuvrer pour le bien commun, qu'ils auront contribué à préciser, tout comme les actions à entreprendre.

Par district, nous entendons un territoire d'une étendue suffisante pour réunir tous les services sanitaires utiles, mais en même temps assez restreint pour offrir une certaine uniformité sociale et constituer une unité facile à organiser et à administrer. Ces districts seraient d'étendue et de population diverses. Ici, une ville ou un quartier pourrait constituer un district aux fins d'organisation des services de santé. Ailleurs (à Sherbrooke par exemple), le district pourrait être plus vaste et englober une grande partie de la population, des installations et de la superficie d'une province. Il pourrait s'étendre à toute la province si les conditions générales l'exigent.

Nous examinerons plus loin le problème capital de la régionalisation². Pour l'instant, nous dirons simplement qu'il faut diviser le pays en unités fonctionnelles pour pouvoir évaluer l'ampleur et la nature des problèmes d'administration des soins, leur trouver des solutions rationnelles et les appliquer.

On peut utiliser différents moyens pour juger du bon fonctionnement du réseau médico-hospitalier d'un district et déterminer les mesures à prendre, mais le plus simple est de s'assurer que les personnes qui reçoivent, ainsi que celles qui administrent les soins, sont satisfaites.

Quels services peut-on raisonnablement attendre du réseau?

Le réseau médico-hospitalier d'une collectivité peut être analysé de trois points de vue différents: du point de vue de celui qui requiert les soins, de ceux qui les dispensent, et des administrations publiques. Chacun a des objectifs qui, loin de s'exclure, sont étroitement liés. Nous nous occuperons d'abord des malades, puisque la qualité des soins qu'ils reçoivent constitue la preuve du bon ou du mauvais fonctionnement du réseau sanitaire.

Le point de vue de l'utilisateur des services

Quels services peut-il raisonnablement obtenir du réseau sanitaire? Question éminemment complexe, exprimant à la fois l'inquiétude et l'espérance d'une personne pour son bien-être, et à laquelle on ne peut donner qu'une réponse fort générale:

Le réseau médico-hospitalier doit être facilement et librement accessible à tous. Il doit être coordonné et comprendre un éventail complet de services de haute qualité, fonctionnant avec prévenance et efficacité. La continuité des soins de santé est essentielle, ainsi que la liberté de choisir le médecin, le dentiste, le service ou l'établissement sanitaires, dans la mesure où le fonctionnement harmonieux du réseau n'en souffre pas.

Voici une analyse de ces desiderata :

Un accès facile et immédiat au réseau sanitaire

Chacun devrait être informé de la démarche à effectuer pour obtenir les conseils médicaux dont il a besoin. Chacun devrait pouvoir entrer en contact, à toute heure, par téléphone ou en personne, avec un conseiller au courant des services disponibles, pouvant évaluer les besoins du malade et l'orienter vers un médecin ou un dentiste en particulier, le diriger vers un service clinique et prendre pour lui les dispositions nécessaires. Ce conseiller devrait organiser le transport du malade en cas d'urgence, ou obtenir une visite à domicile par un membre compétent du personnel médical.

Il faut donc disposer d'une personne connaissant parfaitement l'organisation du réseau médico-hospitalier et pouvant diriger le malade vers les services appropriés. C'est le cas dans la plupart des régions du Canada où le médecin ou le dentiste sont aisément accessibles. Cette situation est cependant loin d'être générale, si l'on en juge par le nombre croissant de personnes qui, sans être gravement malades, s'adressent d'abord aux services d'urgence des hôpitaux.

Ce premier contact est important, non seulement parce qu'il donne au malade un sens de sécurité, mais aussi parce qu'il accroît l'efficacité du réseau sanitaire en évitant que le malade ne fasse fausse route.

Le malade ne rencontre pas de difficulté quand médecins et dentistes sont en nombre suffisant, et qu'ils sont aisément accessibles. Sinon, on peut envisager deux solutions: former plus de médecins et de dentistes ou en faire venir de l'étranger, ou bien recourir à une autre catégorie de personnel médical; nous suggérons dans ce cas que l'on forme des assistantes médicales (voir page 74).

Un accès facile à un réseau coordonné de services de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation.

Il faudrait, suivant la gravité des cas, faire l'examen du malade immédiatement, ou dans un délai aussi bref que possible, afin que sa santé ne subisse aucun préjudice et qu'il reçoive les soins nécessaires.

Les personnes en bonne santé devraient bénéficier aisément des mesures préventives, telles que les vaccinations, l'éducation sanitaire, les consultations prénatales et pour les nourrissons, la planification familiale et les services d'hygiène mentale. Il faudrait mettre à la disposition des personnes malades, ou qui croient l'être, une série de services commençant par l'évaluation de leurs besoins sociaux et médicaux, puis continuant par le diagnostic des maladies dont elles se plaignent, leur traitement et éventuellement la réadaptation.

Un guide pour les malades

Le malade doit pouvoir s'appuyer sur quelqu'un, normalement le médecin de famille ou le premier médecin consulté, qui suit l'enquête diagnostique, le traitement, la réadaptation et les soins permanents. Il n'est pas nécessaire que cette personne soit médecin, pourvu qu'elle soit préparée à sa tâche, car il faut que le malade puisse s'adresser à quelqu'un de compétent qui connaisse son dossier ou qui puisse obtenir les renseignements nécessaires. La tâche de ce «guide» sera d'autant plus aisée que les éléments du réseau sanitaire seront mieux coordonnés.

Aucun obstacle pécuniaire

Cela n'implique cependant pas la gratuité des soins, bien qu'on puisse l'envisager grâce à la mise en place de l'assurance-hospitalisation, et plus récemment du Régime d'assurance-maladie. Mais on n'a pas encore résolu le problème du financement préalable des services médicaux. Il faudra tout d'abord connaître le coût des différents régimes d'assurance-maladie en vigueur au Canada. Toutefois, nul ne doit se voir refuser les soins dont il aurait besoin, faute de pouvoir les payer.

Le libre choix

Tout en maintenant le fonctionnement harmonieux du réseau, il faut garantir au malade le libre choix de son médecin, du service de santé ou de l'hôpital. En fait, la clientèle privée dispose de cette possibilité: le malade choisit librement son médecin ou son dentiste. Pour des raisons administratives, le choix est parfois limité lorsqu'il s'agit de médecine de groupe ou de clinique privée. Cette liberté de choix est très limitée dans les services de consultation externe, si même il en existe; l'élaboration d'un réseau sanitaire devrait tenir compte des préférences du malade dans la mesure où l'organisation des activités le permet.

Le point de vue du personnel médical spécialisé

Le fonctionnement du réseau sanitaire repose sur l'enthousiasme, la compétence et le dévouement des médecins, des dentistes, des infirmières, et de tout le personnel paramédical. Quelles conditions faut-il donc réunir pour assurer l'administration de soins spécialisés de haute qualité? Il faut

que les personnes soient attirées par la profession, et qu'elles veuillent y exceller.

Encouragements avant l'entrée dans la profession

Il faut connaître les satisfactions qu'elle offre et le prestige qu'on y acquiert. Des avantages pécuniaires peuvent être nécessaires, sous forme de bourses ou de subventions, pour étoffer certains services.

Encouragements après l'entrée dans la profession

Le spécialiste doit pouvoir acquérir de l'autorité parmi ses pairs, assumer des responsabilités et obtenir des avantages financiers correspondant à son activité au sein de son service.

1. Le médecin ou le dentiste en pratique individuelle doit pouvoir utiliser librement son jugement clinique, dans les limites des normes professionnelles établies par ses pairs.

2. Les installations et les conditions de travail doivent être bonnes.

3. Le travail doit offrir une stimulation intellectuelle à tous les membres de l'équipe sanitaire. Ils doivent avoir des contacts individuels avec les chercheurs, et même collaborer avec eux pour maintenir cette activité mentale indispensable au succès. Ils doivent suivre de près la mise à l'essai de nouvelles méthodes, et analyser les résultats obtenus.

4. Le spécialiste de la santé doit avoir, autant que possible, les coupées franches dans l'exercice de son art.

Le point de vue des organismes publics

Dans une grande mesure, ce sont les divers paliers administratifs qui ont assumé la charge, et ont le devoir, d'assurer à chacun des soins de la plus haute qualité possible.

Coup d'œil sur les faiblesses du réseau sanitaire

Le réseau sanitaire canadien a déjà réalisé nombre des objectifs mentionnés ci-dessus; d'autres sont encore à atteindre. En l'absence de données précises, nous nous bornerons à faire quelques suggestions au sujet des lacunes du réseau.

L'accès

L'introduction des régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation a éliminé presque totalement les obstacles financiers à l'accès aux soins médicaux, mais non aux soins dentaires. Cependant, aussi bien dans quelques villes que dans certaines régions rurales, les installations et le personnel sont insuffisants. Toutefois, le réseau sanitaire satisfait la grande majorité de la population, car les médecins, les dentistes, les infirmières, le personnel paramédical, les hôpitaux et autres installations sont bien répartis. Le sort de la minorité désavantagée n'en est pas pour autant amélioré, ni n'est réduite la nécessité d'établir des services de santé là où ils font défaut. Nous reviendrons plus tard sur cet aspect, n'examinant pour l'instant que l'ensemble de la situation.

La facilité d'accès

Les études que nous avons mentionnées (à la page 42 et dans l'annexe 11 du Supplément) et qui sont les seules que nous connaissions, ont conclu qu'il est aisé d'obtenir les services d'un médecin. Ce n'est pas l'opinion du public, qui dénonce vigoureusement la difficulté, très fréquente, d'obtenir les services du médecin ou du dentiste, à brève échéance. Certains ne savent à quel saint se vouer. On estime généralement que le malade gravement atteint est l'objet de soins compétents à l'hôpital, mais qu'en dehors de cela l'administration des soins médicaux est souvent inégale.

La coordination des services

La mise en place des services sanitaires est due à une série d'initiatives indépendantes. Ce sont généralement des groupes privés, des ordres religieux ou des municipalités qui ont, à l'origine, créé les hôpitaux sous forme d'établissements autonomes qui sont fiers d'eux-mêmes et de leur œuvre, et qui veulent préserver leur personnalité, freinant ainsi tout effort de coopération.

Les médecins et les dentistes ont choisi d'exercer leur art isolément ou en groupe, là où les perspectives semblaient favorables, sans tenir compte d'aucune considération de répartition coordonnée ou de toute autre raison.

L'attention et les examens dont le malade est l'objet dans le cabinet médical ne répondent pas toujours à ceux que dispense l'hôpital. Généralement, il n'existe guère de liaison entre les hôpitaux, les unités de soins infirmiers et de convalescence, les services de soins à domicile, les services d'infirmières hospitalières ou bénévoles, les centres de réadaptation, les services d'hygiène publique et de bien-être social. Il est donc bien difficile d'offrir au public des services complets. Dans bien des cas, ces derniers ne tiennent aucun compte de la commodité du public: ainsi, il faut généralement que le malade s'absente de son travail pour subir un examen médical.

Ajoutons encore qu'il n'existe pas beaucoup de coordination entre les services des divers ministères de la Santé, et qu'elle est presque inexistante, sur le plan sanitaire, entre les différents ministères. Quant à la coordination entre le ministère fédéral et les ministères provinciaux de la Santé, elle est pour le moins imparfaite. On peut donc affirmer que les divers éléments du réseau sont mal articulés, et que son principal défaut est l'absence de coordination.

La continuité des soins

La continuité des soins repose sur une coordination des services, qui n'est guère évidente dans notre réseau médico-hospitalier. Le médecin traitant doit intervenir activement pour acheminer le malade dans le labyrinthe des services sanitaires, de son cabinet médical à la maison de convalescence, en passant par le laboratoire de diagnostic, le cabinet du spécialiste, l'hôpital, etc. Chaque service établit séparément (et conserve, sauf requête expresse) un dossier du malade, et celui-ci risque, au cours de ses pérégrinations, de perdre de vue son «guide». En conséquence, la continuité des soins paraît fort mal assurée.

Les installations

Les hôpitaux ont toujours constitué les nœuds du réseau médico-hospitalier, et ils sont nombreux. On prétend même qu'il y en a trop. En général, ils jouissent d'une excellente réputation, mais il n'en est pas de même pour tous les établissements hospitaliers, comme par exemple les unités de soins infirmiers, qui sont parfois vraiment médiocres. On manque d'établissements permettant d'héberger des malades qui ne peuvent être soignés à domicile, mais dont l'état n'exige pas un séjour dans un hôpital pour maladies aiguës. Le coût des soins s'ajoute à cette lacune qui prive les convalescents, ceux qui ont besoin de réadaptation et certains incurables, d'un service auquel ils ont droit.

L'efficacité

Nous ne pouvons exprimer d'opinion assurée au sujet de l'efficacité des divers services de santé. De sérieux efforts sont faits pour l'augmenter et nous en reparlerons en abordant la question du coût des services de santé. Il est difficile de déterminer quelle est l'efficacité maximale possible. On ne peut mettre un hôpital sur le même pied qu'une usine fabriquant des objets inanimés, incapables de causer par eux-mêmes des difficultés, comme le font les malades et leurs proches. De plus, dans une usine, la gamme des problèmes n'est jamais aussi variée et la hiérarchie est clairement établie. Il est évident qu'il existe des lacunes flagrantes dans les services; nous ne pouvons en mesurer la gravité, mais il est clair que l'efficacité n'est pas ce qu'elle devrait être.

Le personnel

Les reproches formulés au sujet des médecins, des infirmières et des dentistes sont monnaie courante: on obtient difficilement les services des premiers, ils sont inattentifs, négligents; les infirmières sont plus absorbées par la paperasserie que par les soins, et on ne pénètre qu'à grand-peine dans le cabinet du dentiste. Mais la critique n'est que trop aisée, et il est difficile d'évaluer le bien-fondé des récriminations. Le niveau des centres de spécialisation associés à nos écoles de médecine est très élevé, mais nous ne pouvons nous prononcer sur ce qui se fait ailleurs.

La compétence du personnel médical canadien est comparable à celle des personnels médicaux de l'étranger; cependant, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas lieu de la rehausser.

Nous soulignons que notre système n'offre pas de motivation aux médecins, aux dentistes, aux infirmières et aux autres techniciens qui pourraient exceller dans leur spécialité. À cette lacune s'en ajoutent trois autres:

- a) on n'exige pas des spécialistes qu'ils maintiennent leur niveau de compétence;
- b) on ne facilite pas la formation permanente;
- c) le travail d'équipe n'existe pas.

La question financière

Nul doute que le coût élevé du fonctionnement du réseau médico-hospitalier ne soit actuellement hors de proportion avec son rendement, ce qui provoque l'indignation du public. Les sommes dépensées et la forte pro-

portion des fonds publics qui y est consacrée sont source d'inquiétude, quoiqu'il soit difficile de calculer quelle serait l'allocation optimale. Par contre, on évalue aisément le gaspillage dû à une organisation défectueuse et à une mauvaise gestion: nous avons essayé de découvrir quelles mesures correctrices ont été prises (voir page 112).

À la recherche des solutions

Existe-t-il des solutions et qu'a-t-on fait pour les trouver?

Les lacunes mentionnées ci-dessus sont multiples, largement répandues et étroitement liées. Les mesures correctrices devront être entreprises dans trois secteurs différents:

1. l'attitude et la compétence des administrateurs et du personnel sanitaire spécialisé;
2. la structure du cadre d'activité de ce personnel;
3. la gestion du réseau.

Nous avons tenu compte de ces considérations pour étudier les progrès réalisés en vue de l'édification d'un réseau médico-hospitalier efficace.

IV. Le personnel de santé

Attitudes à l'égard de l'évolution des services de santé

Si l'on veut effectuer d'importantes modifications dans l'administration des soins, il faudra tenir compte de l'attitude des personnes que ces changements toucheront, car ce sont elles qui détermineront la rapidité, l'aisance et l'efficacité des étapes de leur mise en œuvre.

Nous avons examiné l'attitude du gouvernement, qui accorde plus ou moins libéralement les crédits et influence, s'il ne dicte pas le cours des événements. De même, nous avons évalué la position des membres des professions de la santé et des étudiants en ce domaine. C'est de leur compétence et de leur enthousiasme que dépendra le dynamisme du réseau médico-hospitalier. Enfin, nous avons analysé l'attitude des établissements qui forment les étudiants et accomplissent la recherche.

D'après les opinions que nous avons entendues, il semble que les changements soient favorablement considérés. Il n'y a pas lieu de douter de cette attitude, car dans bien des cas les mesures prises la corroboraient.

Les administrations publiques

Les administrations fédérale et provinciales se sont pratiquement engagées à faire les modifications nécessaires. Par suite de l'extension de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation, les organismes publics compétents n'ont cessé de se développer et, au cours des dernières années, ils ont dû engager du personnel d'organisation et de recherche. Ils ont entrepris d'importantes enquêtes¹, lesquelles ont abouti à des recommandations de grande importance, qui auront des répercussions à long terme. On en a déjà mises en application. L'administration fédérale, qui a frayé la voie à la mise en œuvre de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation, continue son rôle actif en faisant appel à des experts des différentes régions du Canada pour étudier des sujets d'intérêt immédiat², et en accordant des subventions spéciales à la recherche médicale³. Les administrations provinciales, de même, ont réuni un personnel considérable pour administrer leurs services de santé.

Les universités et les collèges

Les universités procèdent à des réorganisations administratives et créent des divisions des sciences de la santé, comprenant la plupart des départements universitaires s'occupant de la santé. Elles se préparent donc à une articulation des efforts en ce domaine, qui étayera la coordination du réseau médico-hospitalier. Les programmes de toutes les facultés de médecine ont été profondément remaniés, et ils assurent aujourd'hui une formation bien différente de celle qui était en honneur il y a cinq ans. L'attitude des professeurs et des étudiants a également fort évolué.

On s'écarte des traditions les mieux ancrées, remontant jusqu'à l'époque de Flexner⁴; on abandonne les lignes de conduite les plus strictes; on rogne sur le temps consacré aux sciences fondamentales; les professeurs attachés aux hôpitaux n'exercent plus une autorité souveraine au cours des deux dernières années des études de médecine. Au cours de leur formation médicale, les étudiants prennent contact beaucoup plus tôt avec les malades et rencontrent tôt les omnipraticiens, tant dans les cabinets de

consultations que dans les hôpitaux universitaires où les médecins sont de plus en plus affectés.

Les unités de médecine générale⁵ établies dans beaucoup de centres permettent à un grand nombre d'étudiants d'acquérir l'expérience du travail en équipe; les internats en médecine générale, créés par de nombreux hôpitaux, sont aussi d'importance considérable pour la formation des jeunes médecins.

Ajoutons que les étudiants ne sont plus astreints à suivre un programme déterminé: ils disposent d'un grand choix de cours, et peuvent ainsi suivre leurs inclinations. Dans les écoles de dentisterie, les programmes ont subi aussi des modifications, encore que de moindre envergure.

Cette évolution a contribué à modifier une attitude et un système qui pendant des années ont eu la réputation d'être soumis au culte de la science⁶.

Cependant, alors que l'enseignement de la médecine s'écarte de la théorie pour se rapprocher de la pratique clinique, l'enseignement infirmier évolue en sens contraire; la formation pratique à l'hôpital est mise en sourdine au profit d'une instruction théorique dispensée par les collèges d'enseignement général et professionnel. Cependant, les infirmières approuvent pleinement les changements à apporter au réseau médico-hospitalier, et considèrent qu'il s'agirait d'une grande amélioration.

Les collèges d'enseignement général et professionnel, dont la plupart sont de création récente, font déjà partie du «nouveau réseau sanitaire», car ils offrent une formation dans de nombreux domaines sanitaires; ils peuvent donc imposer un degré de coordination inconnu précédemment, et indispensable pour les réalisations futures.

Les médecins et les dentistes

Jusqu'ici, nous avons vu les administrations publiques, les universités et les collèges, les infirmières et les étudiants œuvrer en faveur d'un ordre nouveau, différent de l'ancien, mais encore mal défini. Que dire des médecins et des dentistes qui ont la réputation de s'être opposés, toujours et partout, à tous les changements importants? Quelle est l'attitude des spécialistes canadiens? Il est difficile d'en juger. Les querelles qui ont marqué, au cours des dernières années, la mise en œuvre de l'assurance-maladie dans deux de nos provinces, et les graves dissensions entre les médecins et l'État au sujet du paiement des frais médicaux, ne peuvent qu'influencer l'opinion (alors qu'on ne parle jamais des huit autres provinces, où tout s'est bien passé). Tout le monde se rappelle également le violent différend entre les médecins et l'État au sujet du paiement à l'acte. Ces différends ont braqué les parties l'une contre l'autre, et rendent malaisée toute collaboration.

Nul doute que les médecins et les dentistes en redoutent l'ingérence des autorités publiques dans leurs activités professionnelles, particulièrement dans leurs relations avec les malades, et dans l'évaluation clinique. Les praticiens doutent, avec quelque raison, de la compétence de l'État à administrer tout le réseau médico-hospitalier. Dans certaines provinces, la mise en œuvre de l'assurance-hospitalisation créa un cauchemar administratif qui dura des années, et celle du régime d'assurance-maladie ne

calme pas les préoccupations; celles-ci proviennent surtout des réactions exagérées des praticiens d'une part, lesquels défendent des conditions qu'ils estiment indispensables à la qualité des soins médicaux, et de l'autre du souci d'économie et d'efficacité affiché par l'administration publique.

Cependant, au cours de nos investigations, nous avons décelé des indices de détente entre les parties. Nous avons écouté attentivement les déclarations de sommités médicales et dentaires faites ces dernières années, révélant une attitude diamétralement opposée à celle que l'on attribue d'habitude aux associations de médecins et de dentistes. Une grande proportion des professeurs de médecine et des étudiants, et des centaines de médecins qui ont œuvré au sein des comités de planification du domaine de la santé, ont pris position en faveur d'une réforme du réseau médico-hospitalier. L'administration publique, de son côté, a recruté des fonctionnaires efficaces, ayant une formation spécialisée. Il semble donc que l'on s'achemine vers une harmonieuse collaboration.

Le public

Le public, si l'on en croit les personnes ayant répondu aux questionnaires utilisés lors des enquêtes officielles⁷, semble satisfait. Par contre, l'administration publique et certains groupes l'estiment insatisfait, mais on ignore l'opinion de la majorité, et on ne peut certifier que toutes les propositions valables au point de vue administratif obtiendront la faveur d'une partie du public ou de son ensemble.

Facteurs freinant l'évolution

Certaines lacunes du réseau médico-hospitalier découlent d'une situation compliquée, provoquée souvent par des gens extérieurs au réseau lui-même.

Nous avons déjà souligné, à plusieurs reprises, la répugnance du public et des professions médicales à la régionalisation et à l'adoption de nouvelles habitudes, mais ce n'est pas le seul obstacle à l'évolution du réseau médico-hospitalier. La lenteur⁸ qui caractérise l'élaboration du «système idéal» a permis d'entrevoir d'autres secteurs où il y a obstruction. Celle-ci se retrouve dans les administrations publiques, dont les ministères ne sont pas intégrés de manière à faciliter la mise en place de mécanismes complexes (par ex., un réseau coordonné ou même une partie d'un réseau). L'insuccès de nos administrations publiques actuelles à fusionner le secteur de la santé et celui du bien-être constitue un exemple typique de la situation. Là où l'autorité des divers paliers administratifs est partagée, comme c'est le cas pour le réseau médico-hospitalier, les progrès se font lentement.

Nous avons déjà souligné qu'à cause de leurs traditions d'indépendance, les services de santé, et surtout les hôpitaux, mettent du temps à se grouper pour agir. En raison du mode de financement des hôpitaux en vigueur dans la plupart des provinces, ce n'est que depuis peu qu'ils ont pu assurer des services de soins aux malades sur pied, ou d'autres services importants, différents des soins hospitaliers courants (voir page 83).

Enfin, des raisons économiques locales peuvent s'opposer à la logique et, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, ce sont elles qui main-

tiennent en activité beaucoup de petits hôpitaux de faible rendement, mais qui représentent une source de revenu et d'emploi dans la collectivité qu'ils servent.

L'évolution qui se dessine

Si l'on fait abstraction des attitudes et des mesures mentionnées précédemment, l'énumération des entraves à l'évolution est plutôt décourageante. Cependant, comme nous l'avons signalé ci-dessus, certaines forces apparaissent, qui pourraient susciter, à plus ou moins longue échéance, les réformes demandées depuis si longtemps. Jamais les autorités publiques n'ont eu plus de raisons d'agir, ni n'ont été mieux armées pour le faire. Les universités, elles aussi, sont prêtes à l'action, et plus de professionnels de la santé que jamais sont décidés à améliorer le sort de leurs malades. Toutes les conditions sont donc réunies pour effectuer un bon démarrage.

Problèmes de compétence

Examinons maintenant la compétence des travailleurs du domaine de la santé. Elle dépend de leur intelligence, de la qualité de leur formation, de leur enthousiasme et de leur aptitude à saisir les occasions de perfectionnement et de mise au courant.

Caractéristiques du personnel de santé

Les écoles de médecine et de dentisterie ont, depuis longtemps, établi des normes d'admission d'un niveau assez élevé et parmi ceux qui répondent aux normes, les candidats sélectionnés sont ceux qui ont obtenu les meilleures notes, spécialement dans les cours de sciences physiques.

On reproche à ce processus d'avoir formé des théoriciens, indifférents aux besoins des malades. Mais les règles d'admission deviennent plus libérales, et il sera intéressant d'en suivre les effets. La nouvelle politique (qui prend diverses formes en différents endroits) tient compte de la motivation du candidat et de son expérience, lesquelles accompagnent, et parfois remplacent, les connaissances théoriques comme critère d'admission. Cela permet à ceux qui autrefois en auraient été écartés, d'accéder aux études de médecine. Le Dr John Evans, Doyen de la faculté de médecine de l'Université McMaster, décrit comme suit la politique de la faculté :

«L'élargissement des conditions d'admission, pour les études dans des domaines très recherchés comme la médecine, constitue un autre aspect de la mobilité. Il n'y a pas si longtemps, les infirmières ou les travailleurs sociaux qui désiraient entreprendre des études de médecine étaient dans l'impossibilité de le faire, à cause de leurs lacunes en chimie et en biologie. Les conditions d'admission à l'Université McMaster ayant été élargies, les personnes qui satisfont manifestement aux critères d'intelligence et d'aptitude peuvent maintenant s'inscrire directement en médecine, même si elles n'ont pas les diplômes requis en physique et en biologie. En plus d'ouvrir les portes de la médecine à un nombre accru d'autres professionnels de la santé, cet assouplissement contrecarre le jeu de la concurrence au niveau de la formation supérieure, en vertu duquel on refuse d'ouvrir

les portes de l'université à des personnes hautement qualifiées sur le plan personnel, mais dont le bagage d'études officielles présente certaines faiblesses attribuables à des circonstances défavorables d'ordre ethnique ou économique, ou encore à des lacunes du système d'éducation en vigueur dans l'endroit isolé où elles ont vécu»⁹.

Ces candidats, dont les titres universitaires sont autres ou moindres que d'ordinaire, seront-ils des praticiens moins compétents que leurs prédécesseurs? Les normes de la médecine en seront-elles menacées? Personne ne pourrait le dire, mais il est fort probable que si l'on fait un choix sévère, on maintiendra la qualité de la pratique médicale et on renforcera les rangs des médecins. Cette politique influera également sur la valeur des candidats aux autres branches de la profession médicale: ainsi que le fait remarquer le Dr Evans, ils y entreront sans se fermer la porte de la pratique médicale ultérieure.

Nous avons fait remarquer que l'enseignement des sciences infirmières a déjà subi un changement important; il comporte maintenant des cours théoriques donnés dans un collège d'enseignement professionnel et quelques périodes seulement de travaux pratiques en hôpital. On ne peut encore évaluer les répercussions de ce nouveau programme sur la qualité des diplômées (actuellement le quart des élèves infirmières y participent), mais il est évident que l'on a introduit cette réforme afin d'attirer les candidates les mieux douées, après avoir remarqué une diminution du nombre, et peut-être de la qualité des candidates inscrites dans les écoles de sciences infirmières.

La recherche en administration des soins

La recherche en administration des soins a été plutôt négligée. Il faudrait absolument y attirer des spécialistes compétents, afin d'analyser la situation de l'offre et de la demande, et d'évaluer scientifiquement tous les aspects du réseau médico-hospitalier. Certaines universités¹⁰ offrent maintenant des programmes de deuxième et troisième cycles dans ce domaine. On estime qu'une centaine d'étudiants suivent ces programmes; ce nombre augmentera certainement, car les étudiants des premières années de médecine et d'autres facultés s'intéressent de plus en plus aux biostatistiques et à l'épidémiologie. Beaucoup d'étudiants poursuivront sans doute leur carrière dans ces spécialités.

La qualité de l'enseignement

Il est difficile d'évaluer la qualité de l'enseignement dispensé dans nos écoles de médecine, de dentisterie, ou de sciences infirmières; on y a tant innové, que nous devons nous contenter d'indiquer les tendances actuelles et de dire ce que nous en pensons.

Les professeurs et les étudiants s'intéressent de plus en plus aux matières enseignées, aux raisons de leur choix, et aux méthodes d'enseignement; ils veulent en préciser les objectifs. Ce désir est louable, même s'ils finissent par conclure que leurs objectifs sont identiques à ceux d'Hippocrate et de Florence Nightingale. La détermination des connaissances fondamentales, indispensables à tous les étudiants, quelle que soit leur spécialisation future, est d'importance immédiate, tout comme l'enseigne-

ment de cette base sous la forme la plus aisément assimilable (grâce à la coordination de ces connaissances); de même, il faut encourager l'étudiant à choisir, parmi les matières à option qu'on lui propose, celles qui l'intéressent et lui seront les plus profitables. On se propose donc de former un étudiant polyvalent, fortement désireux de se perfectionner, capable d'analyser les problèmes. Cet objectif pourrait être atteint, étant donné l'ardeur de sa poursuite.

Le système d'enseignement classique, assez rigide et théorique, à base scientifique, est remplacé peu à peu par un système plus diversifié, laissant plus de latitude à l'étudiant pour le choix de sa formation. La médecine générale lui ouvre de vastes perspectives; elle semble intéresser beaucoup d'étudiants, et comble ainsi une lacune dans notre enseignement médical.

Tout le monde admettra certainement que l'enseignement de la médecine était devenu trop stéréotypé, trop axé sur les problèmes scientifiques, et qu'il négligeait l'aspect d'assistance de l'art de guérir; l'évolution actuelle est fort bien accueillie. Mais jusqu'où faut-il pousser la réforme? Il est très à la mode de déprécier la médecine scientifique et de soutenir que les hôpitaux donnent aux étudiants une fausse impression de la profession médicale. Quelle que puisse être l'utilité argumentative de telles déclarations, elles dissimulent de réels dangers par leur exagération, dans deux cas en particulier.

Tout d'abord, la formation de l'étudiant serait moins complète si l'on restreignait le rôle éducatif du service hospitalier. S'il existe un succédané à l'enseignement théorique, il n'en existe pas pour l'expérience. C'est à l'hôpital seulement que l'étudiant l'acquerra rapidement, en examinant ses malades et ceux des autres, en suivant l'évolution de leur cas, en analysant les résultats des examens méthodiques et des traitements minutieusement adaptés à des cas très divers. Expérience unique peut-être, donnant au futur médecin cette discipline de pensée et d'action indispensable à l'exercice de son art.

Le système des cours optionnels résoudra peut-être le problème; certains étudiants préféreront l'enseignement pratique à l'hôpital, d'autres choisiront, parmi les options qui leur sont maintenant offertes, celles qui pourraient mieux convenir à leurs aptitudes qu'un séjour obligatoire à l'hôpital pendant le premier cycle. Il y a le risque que l'étudiant, attiré par les groupes de médecine générale, les centres de santé, les cabinets médicaux, etc., passe si peu de temps dans les salles d'hôpital qu'il n'apprendra pas comment faire l'anamnèse du malade et comment procéder à son examen physique; il faudrait donc établir des normes de qualité du diagnostic et du traitement des maladies en consultation externe, afin que l'étudiant reçoive une formation aussi rigoureuse qu'en salle d'hôpital.

De plus, ces changements pourraient nuire aux centres de spécialisation en travaux cliniques et en recherche. Pendant de nombreuses années, on a accordé une plus grande importance aux aspects biologiques des sciences médicales et à la spécialisation qu'à l'étude scientifique du mode d'administration des soins, et des lacunes de l'organisation sociale qui affectent largement la santé. Il ne faut pas renverser la vapeur, ni restreindre les possibilités de formation des spécialistes en sciences biomédicales ou en techniques médicales spéciales, dans le but de faire progresser

certains secteurs des sciences de la santé qui ont été négligés. Ce serait faire table rase des vastes progrès accomplis en recherche biomédicale au cours des vingt-cinq dernières années, juste au moment où les résultats apparaissent, et profitent à l'enseignement et à l'exercice de la médecine. Il faut maintenant favoriser les progrès en prophylaxie et en thérapeutique, hors des secteurs biomédicaux et technologiques.

Un zèle excessif pour tout changer pourrait anéantir les progrès accomplis. C'est la répartition des fonds qui permettra de doser l'évolution, mais les tiraillements seront inévitables; les responsables doivent se rappeler que les soins du spécialiste sont aussi importants que les soins généraux, et que l'absence de soutien aux sciences biomédicales, non seulement ferait décliner la qualité des soins des spécialistes, mais aussi celle des soins généraux, car ceux-ci se basent sur les sciences tant biologiques que sociales. Il nous faut un soutien équilibré des aspects sociaux et techniques de l'administration des soins, et non un soutien excessif pour l'un, puis pour l'autre.

Enseignement des sciences infirmières

Une évolution des méthodes et des programmes est en cours; il est donc très difficile d'exprimer un jugement, bien que l'on ait déjà essayé d'évaluer le nouveau système¹¹. C'est une tâche difficile, que l'on devrait entreprendre aussi dans d'autres domaines.

Éducation permanente

Nous avons indiqué précédemment que le réseau médico-hospitalier, tel qu'il existe, ne donne pas aux membres de toutes les professions sanitaires l'occasion d'élargir leurs connaissances. Cette lacune n'est toutefois pas totale, car il existe des revues, des publications diverses, des réunions d'associations professionnelles, des leçons cliniques et des cours de perfectionnement à la disposition de ceux qui désirent en profiter. Cependant, les problèmes posés par la tenue à jour des connaissances et de la compétence des médecins pendant leur période d'activité professionnelle demeurent considérables, et les vagues tentatives que l'on a faites pour les résoudre sont restées sans résultat solide. Les écoles de médecine se sont intéressées à cette question, et ont créé des départements d'éducation permanente, sous l'autorité, dans certains cas, d'un directeur à plein temps; ces départements offrent des cours de durée variable et un enseignement individuel, invitent des équipes de spécialistes, etc. Chaque province met sur pied un programme coordonné. Grâce à l'expérience acquise et à l'évaluation des cours, on peut se faire une opinion au sujet de ces efforts.

Les cours de recyclage

On admet qu'un cours de recyclage durant deux ou trois jours n'a pas grande valeur, pas plus que les séances de projection de diapositives, de films ou les cours radio-télévisés. Ce sont des moyens d'intéresser le participant, mais leur action est superficielle. Voici quelques autres possibilités à l'étude:

Le jugement des collègues

Parallèlement au contrôle des actes médicaux, que ce soit en médecine de groupe ou à l'hôpital, l'équipe médicale pourrait discuter franchement des erreurs et analyser les cas intéressants. L'application judicieuse de ce procédé aurait une grande valeur éducative.

Par ailleurs ¹², on étudie une formule suivant laquelle une équipe d'experts étudierait les dossiers médicaux dans les hôpitaux, déterminerait les points faibles des traitements et élaborerait un cours spécialement conçu pour le personnel local.

Les visites d'équipes de professeurs

Les universités organiseraient régulièrement des cours dans les hôpitaux régionaux et y enverraient des équipes qui discuteraient de sujets proposés par le groupe local, suivant un plan mis au point de concert avec ce dernier. Tous ceux qui ont l'expérience de ces cours disent que la participation active des «étudiants» est indispensable à leur succès à long terme.

Les cours de recyclage dans les hôpitaux

Le retour périodique du médecin à l'hôpital, pour y étudier deux ou trois mois, semble être la formule idéale d'éducation permanente. Libéré du souci de sa clientèle, le médecin pourrait concentrer toute son attention sur la matière enseignée, et, grâce à des dispositions adéquates prises par l'hôpital ou le service de consultation externe, il lui serait facile de remédier à l'oubli de certains sujets et de se mettre au courant des nouveautés. Dans le cas de la médecine de groupe, les membres peuvent aisément suivre des cours de recyclage à tour de rôle, sans que personne n'ait à assumer un gros surcroît de travail, ni des frais excessifs. Les cours de recyclage sont peu accessibles aux médecins qui font partie d'un groupe restreint, et encore moins aux médecins qui exercent seuls.

On a effectué des essais intéressants au cours desquels des étudiants et des internes des hôpitaux ont remplacé, à la satisfaction générale, le médecin pendant son absence. La généralisation de cette méthode pourrait être envisagée, mais les difficultés d'ordre pratique seraient nombreuses.

L'autocritique

Les programmes d'autocritique de l'Ordre des chirurgiens des É.-U. et de l'Ordre des médecins des É.-U. suscitent actuellement beaucoup d'intérêt. Ces évaluations objectives sont très en faveur et prendront de l'importance dans le système d'éducation permanente, et peut-être comme évaluation de la compétence du médecin. Il faudrait déterminer la valeur de cette méthode dans ce dernier cas.

Toutes les méthodes collectives décrites ci-dessus sont acceptables, et toutes méritent d'être appliquées. Cependant, il ne faut pas oublier que la meilleure formation permanente est celle que le médecin acquiert, ou devrait acquérir quotidiennement grâce aux discussions avec ses collègues, aux entretiens avec des sommités médicales, aux leçons cliniques à l'hôpital et à ses propres lectures. Le but principal des programmes d'éducation permanente, comme c'est le cas pour l'enseignement au premier cycle, est d'encourager le médecin à parfaire sa formation.

Ces problèmes n'ont encore été qu'effleurés. Les facultés de médecine ont mis en place un mécanisme pour stimuler, organiser et coordonner les travaux entrepris dans ce domaine. Mais la tâche est loin d'être terminée.

En effet, il reste un travail de coordination considérable à réaliser: les écoles de médecine, les associations de spécialistes, les hôpitaux, etc., tous doivent y participer, mais les liaisons entre ces organismes sont encore à établir. Il est indispensable d'obtenir une participation quasi totale des médecins. Mais nous soulignons à nouveau que le remplacement du médecin conditionne son assistance aux cours de recyclage.

L'agrément périodique, et la compétence du médecin

On discute beaucoup de l'utilité et même de la valeur pratique d'examens périodiques auxquels on soumettrait les médecins et les dentistes, pour déterminer leurs aptitudes à continuer l'exercice de leur art. On n'a pas manqué de faire remarquer que les Ordres professionnels se montrent illogiques et déraisonnables quand ils procèdent avec tant de méticulosité à l'examen et à l'homologation des titres de ceux qui sollicitent leur agrément, et ensuite se désintéressent complètement de leur compétence ultérieure, à moins de plainte grave. On se demande alors si les Ordres des médecins s'acquittent de leur charge de protéger le public contre des praticiens incapables, peu scrupuleux ou imprudents. Ne pourraient-ils donc garantir, à tout moment, la compétence de ceux qui pratiquent la médecine, sans attendre les accusations?

JUSTIFICATION DE L'AGRÉMENT PÉRIODIQUE

Il est parfaitement raisonnable de supposer que sans un retour fréquent du médecin aux sources, à la longue ses aptitudes professionnelles s'émoussent. L'enquête de K.F. Clute, la seule effectuée dans le contexte canadien, révèle qu'en général la qualité des services fournis par les médecins diminue avec leur âge¹³.

Mais il est difficile de déterminer si cette observation a valeur générale. La plupart des médecins demeurent actifs, attentifs aux enseignements de l'expérience, la sagesse remplaçant ce que l'âge aurait pu amoindrir. Toutefois, il existe des exceptions, qui constituent le principal argument de ceux qui favorisent l'agrément périodique.

Pourquoi, disent-ils, les aptitudes des médecins ne seraient-elles pas vérifiées régulièrement, comme le sont celles des pilotes de ligne? Les uns et les autres sont responsables de vies humaines: ne peut-on exiger d'eux l'exercice exemplaire de leur profession tout au long de leur carrière? Cette exigence est parfaitement légitime, et les réponses aux questions ci-dessus montrent que les Ordres des médecins devraient s'en préoccuper.

Le principe de l'agrément périodique étant admis, il faut examiner comment procéder à la vérification. Pour le pilote de ligne, il suffit d'un examen physique, de quelques analyses de laboratoire et d'un exercice au simulateur de vol. Le médecin pose un problème plus complexe, car sa compétence s'exprime d'une manière moins concrète, et les preuves ne sont pas évidentes. Que cherche-t-on au cours de cette vérification? Deux problèmes se posent: déterminer les carences du médecin, puis s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une idée préconçue.

On parle aujourd'hui, avec un mélange de crainte et d'orgueil, du raz de marée des connaissances, et on est tenté d'accuser le médecin qui connaît l'échec de ne pas s'être tenu au courant des thérapeutiques nouvelles. La moitié des connaissances médicales deviennent périmées en dix ans, dit-on; mais que cela ne nous effraie pas; l'autre moitié est plus durable, de même que les compétences techniques du médecin. Citons encore K.F. Clute:

«Les données et les dossiers cliniques que nous avons présentés montrent clairement les lacunes d'un pourcentage notable de traitements que nous avons analysés. Ces faiblesses ne procèdent pas, soulignons-le, de l'ignorance de l'utilisation des médicaments récemment découverts ou des arcanes de maladies peu communes. Il s'agit de la méconnaissance des principes fondamentaux de la médecine clinique, comme par exemple l'absence d'anamnèse convenable, d'interrogation du malade au sujet de l'affection dont il se plaint, d'examen physique suffisant, et parfois de l'incapacité à distinguer les conditions normales d'un état anormal, et de la méconnaissance, au cours de l'examen et du traitement, des principes fondamentaux de la biochimie, de la physiologie, de la pathologie, de la microbiologie et de la pharmacologie»¹⁴.

Comme tous les experts le reconnaissent, ce sont là les carences de certains médecins. Il suffit d'un coup d'œil ou d'une entrevue pour soupçonner ces carences. Mais pour en avoir la certitude, il faut observer le médecin au travail. K.F. Clute insiste sur ce point.

Si le renouvellement de l'agrément doit se baser sur la vérification de la compétence médicale, on ne peut accepter l'épreuve classique «écrite et orale» comme critère d'évaluation du jugement du médecin, et surtout de la compétence dans des conditions ordinaires¹⁵. Si l'on écarte l'épreuve classique, de réalisation aisée, il faut observer minutieusement le médecin à l'œuvre. Mais il est évident qu'il est quasi impossible de soumettre tous les médecins à un examen aussi long et difficile.

UNE FORMULE RÉALISABLE

Il existe d'autres méthodes, dont aucune n'est sans défaut. Quels que soient la prudence et le tact de l'examineur, son activité minutieuse et précise constituera toujours une intrusion désagréable, et peut-être préjudiciable, dans le cabinet médical. Cependant, les fâcheuses conséquences d'une telle intrusion sont loin d'avoir les inconvénients d'une absence de contrôle. Dans tous les hôpitaux bien organisés, on étudie les dossiers médicaux en vue du contrôle des actes médicaux, on examine les causes des complications et des décès qui surviennent dans les différentes salles, et des comités contrôlent les actes chirurgicaux. Cependant, ces innovations avaient été accueillies avec méfiance. Certes, il se produit une intrusion dans l'activité professionnelle des médecins et chirurgiens, mais les avantages, nous semble-t-il, en compensent largement les inconvénients.

Dans une section précédente du présent rapport de documentation¹⁶ nous avons demandé instamment qu'on mette tout en œuvre pour contrôler la qualité de tous les actes accomplis dans le secteur de la santé. Nous avons

indiqué les différents moyens (imparfaits sans doute, mais valables) permettant d'évaluer l'activité hospitalière d'un médecin; son profil professionnel nous donne une idée de la nature, sinon de la qualité, de son activité dans le cabinet médical. Nous estimons que chaque cas devrait être vérifié de la sorte, facilitant ainsi l'évaluation individuelle sur laquelle on baserait le renouvellement de l'agrément.

Nous proposons donc le processus suivant, dont l'essentiel consiste à réunir tous les renseignements sur les différentes activités professionnelles du médecin, aux fins d'évaluation par une commission d'agrément. Il faudrait :

1) que les actes professionnels de chaque médecin en activité soient examinés tous les cinq ans par une commission¹⁷ régionale désignée par l'organisme public compétent et l'Ordre des médecins et chirurgiens;

2) que cette commission comprenne des membres non médecins, comme c'est le cas pour certains comités des griefs ou de discipline au sein de certains Ordres des médecins.

3) qu'elle puisse disposer :

a) des renseignements fournis par l'hôpital où le médecin a travaillé; ces renseignements comprendraient un rapport du chef du service ou des services où les clients du médecin ont été admis, un rapport de contrôle de ses actes médicaux et un rapport d'appréciation de ses actes chirurgicaux;

b) les résultats de l'examen de son profil professionnel établi par la Caisse d'assurance-maladie¹⁸;

c) une déclaration émanant de l'Ordre des médecins et chirurgiens.

4) que si ces données prouvent que le médecin est apte à exercer son art, son agrément sera renouvelé.

5) que si un doute subsiste, on examine à fond les actes professionnels du médecin à l'hôpital et dans son cabinet.

Ce processus a certainement des aspects sommaires, mais on pourrait le perfectionner. Nous estimons que c'est la seule façon sérieuse d'évaluer la compétence du médecin en fonction de ses actes professionnels, et de renouveler l'agrément si cette évaluation est favorable.

Les données qu'on peut se procurer maintenant sont incomplètes, et même après le rodage des comités de contrôle des actes médicaux, et l'élaboration précise des profils médicaux, elles demeureront telles pour beaucoup de médecins. Cependant, il semble que la méthode que nous venons de décrire soit adéquate, en attendant qu'on puisse acquérir des données complémentaires ou trouver d'autres moyens de se les procurer.

Nous ne proposons pas de méthodes pour évaluer l'activité professionnelle des dentistes ou de tout autre personnel sanitaire, mais nous soulignons la nécessité de faire prévaloir l'évaluation périodique pour l'ensemble du personnel de santé.

LES MESURES SUBSÉQUENTES

Les mesures qui devront être prises à l'égard du médecin dont l'activité professionnelle ne répond pas aux normes de l'art de guérir exigent une sérieuse étude, car la sanction pourrait aller de la simple réprimande au retrait de l'agrément, avec, comme sanctions intermédiaires, certaines restrictions à l'exercice professionnel et une période de réadaptation. À ce

propos, il importe que le programme d'éducation permanente soit axé sur cette réadaptation, aussi bien que sur la mise à jour des connaissances.

Le personnel de santé

L'évaluation des besoins en effectifs est une tâche particulièrement épineuse dans le cas du réseau médico-hospitalier, si peu structuré et en évolution constante. Nous avons relevé 35 études à ce sujet, en cours de réalisation en divers points du pays (nos 207-241 de la liste des travaux de recherche du Supplément), dont six sont d'envergure importante. À ces travaux s'ajoutent les enquêtes fédérales, provinciales, et autres. Il faut accomplir un effort assez substantiel, afin de déterminer le nombre de personnes requises pour effectuer les tâches, et ce travail est instructif et utile à bien des points de vue. Toutefois, il ne semble guère possible actuellement de pouvoir établir des prospectives fiables en ce domaine, dont tant d'aspects sont inconnus.

Le nombre de médecins

Quel est le nombre de médecins dont nous avons besoin et quels devraient être les plans des universités pour les former? Questions à prement débattues, qui n'obtiennent que des réponses imprécises.

Quelle est la proportion idéale de médecins parmi une population? L'Organisation mondiale de la santé indique qu'il faudrait un médecin pour 600 habitants. Au Canada, la proportion est d'un pour 750 habitants. Nous sommes loin de l'idéal; devrions-nous viser à atteindre le taux préconisé par l'OMS? Peut-être, mais il s'agit là d'une évaluation assez simpliste, qui néglige de nombreux facteurs éminemment importants pour le fonctionnement harmonieux du réseau médico-hospitalier: la répartition des médecins, la structure du corps médical, la proportion de médecins exerçant isolément ou en groupe, celle de généralistes et celle de spécialistes, le personnel qui les assiste, les installations dont ils disposent et qui peuvent influencer sur leur rendement, la part de leur temps qu'ils consacrent à leur profession. Ces facteurs pourraient subir de profondes modifications dans un proche avenir, et bouleverser les plans les mieux conçus.

La pratique médicale pourrait changer radicalement, si l'on organisait de nombreux centres de santé, si les médecins décidaient de ne travailler que, disons, quarante heures par semaine, ou si des assistantes médicales devenaient disponibles en grand nombre; la demande de médecins en serait influencée diversement, mais on ne peut prévoir ni le moment, ni l'ampleur de cette influence.

Le besoin d'un plus grand nombre de médecins

L'importance de ces considérations apparaît clairement dans une communication d'U.E. Reinhardt:

«Il est peut-être bon d'exposer brièvement les répercussions de l'accroissement du rendement du médecin sur le nombre de médecins requis à l'avenir. Actuellement, le nombre de diplômés sortant chaque année des écoles canadiennes de médecine atteint à peu près 4 pour cent de l'en-

semble des médecins civils, et un peu moins de 5 pour cent du nombre de médecins exerçant en cabinet. Une augmentation de 5 pour cent du rendement moyen des médecins canadiens exerçant en cabinet accroîtrait plus la masse des services fournis qu'une promotion complète sortant des écoles canadiennes de médecine»¹⁹.

Si nous acceptons ce raisonnement, qui semble irréfutable, il nous faut modifier l'importance accordée à la formation de nouveaux médecins d'une part, et à l'accroissement du rendement des médecins en exercice, de l'autre. Cet accroissement donnerait des résultats rapides et satisfaisants, mais rien ne prouve qu'il serait suffisant, voire possible.

Nous ne pouvons donc que faire des conjectures: on pourrait sans doute accroître le rendement du réseau sanitaire en améliorant l'organisation et la gestion des services et en formant des assistantes médicales. Nous doutons cependant que cet accroissement suffise.

L'accroissement probable des services médicaux requis, qui équilibrerait en partie l'augmentation du rendement des médecins, et le recours à l'immigration pour maintenir les effectifs médicaux, soulignent qu'il nous faut former plus de médecins. Depuis 1966, le nombre de médecins ayant immigré au Canada dépasse un peu plus chaque année le nombre de médecins diplômés par nos facultés de médecine²⁰. C'est une situation dont le Canada n'a pas à se glorifier. Il est périlleux de dépendre des ressources étrangères en personnel médical. De plus, et nous citons encore le Dr J. Evans: «... il semble doublement injuste d'attirer une main-d'œuvre qualifiée provenant de pays moins développés que le nôtre, tout en bloquant la carrière médicale d'un grand nombre de jeunes Canadiens hautement qualifiés qui cherchent à s'inscrire dans nos facultés de médecine»²¹.

Nos facultés de médecine doivent former plus de médecins. Mais combien? D'après Nelson-Jones et Fish²², la promotion canadienne de 1977 devrait compter 1 483 médecins, soit une augmentation de 50 pour cent en huit ans, ce qui serait sans doute insuffisant pour répondre aux besoins.

Ces prévisions s'appuient sur l'hypothèse d'une augmentation modérée du nombre de médecins formés par chaque école, bien que la plupart d'entre elles pourraient en former beaucoup plus, sans déclin des normes d'enseignement. Nous estimons donc **que le premier objectif est de pousser au maximum la capacité de formation des écoles de médecine.**

On a suggéré également d'en créer de nouvelles, ou de réduire la durée des études. On n'a guère fourni de justification pour la première solution, extrêmement coûteuse. De plus, nous ne pouvons prévoir les résultats d'une extension de nos écoles de médecine actuelles²³, ni les effets d'une éventuelle redistribution des tâches ou d'une réorganisation.

Plusieurs écoles ont envisagé la réduction de la durée des études. On ne s'est appuyé sur aucun principe particulier pour décider que cette durée serait de quatre années; elle était jadis de cinq années dans certaines écoles. La plupart des étudiants, sinon tous, seraient capables d'assimiler les connaissances et les techniques médicales en moins de temps qu'actuellement. Toutes nos écoles de médecine entreprennent l'essai de techniques nouvelles, dont certaines visent à abrégé la période de formation. Nous

pensons qu'un raccourcissement général ne devrait être décidé qu'en tenant compte des critères pédagogiques, et sans céder à la seule pression de la pénurie de médecins. Nous ne sommes pas encore certains de l'opportunité d'une telle mesure.

La répartition géographique du personnel de santé

La répartition du personnel de santé correspond naturellement à celle de la population. Il y a peu d'informations précises pour la plupart des régions, mais on sait que les services médicaux sont insuffisants dans plusieurs provinces: à Terre-Neuve, au Nouveau-Brunswick, dans certaines parties du nord de l'Ontario et dans certains quartiers des grandes villes.

Il existe trois types de régions sous-médicalisées, pour lesquelles trois solutions sont à l'étude:

Dans *les régions isolées*, telles que le Nord Canadien où les populations sont dispersées, on a créé un service sanitaire spécial que nous décrirons à la page 74. Certaines universités exploitent ou patronnent des services sanitaires, dont les plus remarquables sont celui de Sioux Look-Out, qui dépend de l'Université de Toronto, et celui de Churchill, qui dépend de l'Université du Manitoba.

On s'efforce certainement de procurer des soins médicaux aux populations de ces régions, et là où le mode de vie ancestral s'est maintenu, les programmes sanitaires actuels sont sans doute suffisants. Les difficultés surgissent dès que l'acculturation débute et entre en conflit avec le mode de vie traditionnel des indigènes, les exposant à de nouvelles maladies. Ici s'imposent des études médico-sociales.

Les localités des régions éloignées des grands centres urbains, mais avec lesquels elles peuvent communiquer, pourraient faire vivre un ou deux médecins, mais elles ne sont pas organisées, sont mal situées ou leur offrent peu d'attraits. De telles localités existent dans toutes les provinces, et on a étudié différents moyens pour y attirer les médecins. Le ministère ontarien de la Santé a élaboré un plan remarquable dans le cadre d'un programme de répartition des médecins dans des régions sous-médicalisées. Ce programme a été lancé en octobre 1969. On a établi que 121 localités avaient un service médical insuffisant, et qu'il fallait recruter 167 médecins. En février 1972, deux ans après l'inauguration du programme, 82 médecins exerçaient sur place et 13 autres avaient été acceptés, mais n'étaient pas encore installés. Dans 61 des localités choisies, un ou deux médecins exerçaient. Il restait donc 60 localités à pourvoir²⁴.

Les candidatures continuent à affluer et un réservoir de main-d'œuvre s'accumule dans les écoles de médecine²⁵, car les étudiants qui s'engagent à exercer leur profession dans une région choisie par le ministère de la Santé reçoivent une aide financière, sous forme de bourses d'étude, pendant une année complète de scolarité pour chaque année d'engagement à servir dans ladite région.

Jusqu'à présent, les nouveaux médecins semblent s'adapter facilement à la localité dans laquelle ils s'installent, et y restent.

Certains aspects du programme ont joué un rôle décisif pour sa réus-

site: on a d'abord fait l'étude préliminaire et soigneuse de la situation des collectivités qui s'estimaient mal servies au point de vue médical, et on n'a inscrit sur la liste que les localités réellement désavantagées. On a ensuite fait l'inventaire des installations existantes et analysé les facteurs socio-économiques qui faciliteraient le choix du médecin, et l'aideraient par la suite à juger, avec sa famille, des possibilités éducatives et récréatives de l'endroit.

Il est de la plus grande importance que la collectivité participe à la réussite du plan, en mettant un cabinet convenable à la disposition du médecin, ce qui peut nécessiter la construction d'un local, s'il n'en existe pas. Dès le mois de février 1972, 28 bâtiments avaient été construits grâce à des investissements privés, au concours d'associations locales, à des emprunts publics ou à des taxes municipales. L'effort financier de la collectivité constitue un gage de son esprit de collaboration.

Le ministère de la Santé, la collectivité et le médecin entretiennent d'étroites relations, afin de pouvoir résoudre les problèmes au fur et à mesure qu'ils se présentent. La garantie de revenus accordée aux médecins est un élément primordial du programme. Fixé tout d'abord à 26 000 dollars, puis à 28 000, le revenu net atteint 33 000 dollars dans certaines régions arctiques.

C'est *l'importance accordée aux problèmes individuels* qui constitue l'un des principaux traits de ce programme de médicalisation. Tous ceux dont la tâche consiste à répartir les services médicaux feraient bien de s'en inspirer: on prête la plus grande attention aux désirs exprimés par les représentants de la collectivité; avant même de s'y rendre, le médecin et sa famille sont amplement documentés sur le genre de vie qui les attend et ils font connaissance, dès leur première visite, avec les personnes qui feront partie de leurs relations courantes. Ayant dû contribuer financièrement à leur installation, la collectivité s'intéresse à l'expérience et s'efforce de la faire réussir.

Ce sont *les régions urbaines* qui posent à présent les problèmes les plus épineux. Pour des raisons diverses, les malades de certains quartiers ne reçoivent pas les soins qui leur sont dus. Certains services de consultation externe se sont développés en laissant subsister des zones sans services, aussi bien dans les régions rurales que dans les villes où, en raison de la densité de leur population, la situation est particulièrement difficile. Les unités de consultation externe des hôpitaux, accessibles à tous, n'ont guère comblé ces lacunes, car les services offerts ne correspondent ni aux besoins, ni aux désirs des malades. Bien qu'on ne connaisse guère leur nature, on se rend compte de l'existence de lacunes et on s'applique à les éliminer. En juillet 1971, le ministre de la Santé nationale a désigné un comité pour «étudier l'administration des soins dans les services de consultation externe des centres de santé, faire les recommandations adéquates, et envisager l'appui que les administrations publiques et autres instances pourraient leur apporter»²⁶.

Le Comité s'occupera de tout le domaine des services de consultation externe, particulièrement dans le cadre urbain. L'étude des centres de santé est au premier rang des préoccupations actuelles, mais il faudrait réaliser

un certain nombre d'essais, dont les résultats seraient évalués soigneusement, pour déterminer les moyens actuels d'administration des soins. Les quartiers pauvres d'une grande ville constitueraient un lieu d'expérimentation tout indiqué. L'expérience accumulée au Canada n'est pas négligeable, mais elle est trop limitée pour permettre d'élaborer des conclusions ⁷.

La répartition des effectifs au sein de la profession médicale

Au Canada, les effectifs médicaux se partagent à peu près également entre spécialistes et généralistes. On ne sait pas quelle serait la proportion idéale, mais on estime que la proportion de spécialistes est trop grande.

Le médecin de famille

Il faudrait donc rétablir l'équilibre en augmentant le nombre de généralistes, en particulier celui des médecins de famille. Les lignes de conduite des écoles de médecine reflètent cette orientation (page 62). On s'efforce aussi de rehausser le prestige des médecins de famille en précisant leur rôle, en soulignant leurs compétences particulières, en accordant une plus grande importance aux services de médecine générale des hôpitaux où ils œuvrent. Les programmes des écoles de médecine font également une place plus large à l'enseignement des matières utiles aux médecins de famille.

Le Collège des médecins de famille recherche les moyens d'améliorer le niveau de compétence de ses membres. Il n'y a pas longtemps que l'on se penche sur cette question, et nous ignorons encore les effets des mesures prises; en outre, nous n'avons pu déterminer si, comme on le croit, un nombre croissant de diplômés se destinent à la médecine générale.

Il faut souligner que l'appât du gain pousse certains diplômés en médecine à exercer avant d'avoir acquis une formation suffisante; en cherchant à étoffer les rangs de la médecine générale, on risque d'aller à l'encontre des efforts visant à améliorer la compétence des diplômés. On espère que le désir d'acquérir une formation approfondie équilibrera l'attrait de l'argent; il faut surveiller l'évolution de cette situation.

Le nombre de spécialistes

Il semble que l'on se soit peu préoccupé des spécialistes. À notre connaissance, aucune étude sérieuse n'a encore été entreprise au Canada dans le but de déterminer leur nombre optimal. Seuls, les États-Unis ont fait quelques tentatives pour dresser un tableau de leurs besoins dans les diverses spécialités. Certaines études préliminaires montrent qu'une proportion considérable de chirurgiens hautement spécialisés passent une grande partie de leur temps à des tâches que des personnes moins qualifiées pourraient fort bien exécuter²⁸.

Cette question est très importante, car s'il est vrai que les spécialistes sont en surnombre, nous devrions être au fait de cette situation et prendre des mesures pour freiner leur formation. Actuellement, rien n'empêche un médecin de choisir une spécialité, et si le Canada ne lui offre par la formation qu'il recherche, il la trouvera à l'étranger. De plus, les Services d'immigration ne tiennent aucun compte des spécialisations des médecins qui viennent s'installer au Canada. Nous ne pourrions d'ailleurs imposer aucune limite à l'immigration de certaines catégories de spécialistes, tant que

nous ne limiterons pas le nombre de ces spécialistes formés au Canada. Nous devons donc nous borner à décrire les faits, dont nous croyons que le Collège royal des médecins et chirurgiens devrait favoriser l'étude.

Afin d'augmenter le nombre des généralistes en activité, on a proposé d'exiger de tous les médecins qu'ils consacrent une certaine période à l'exercice de la médecine de famille, avant de se spécialiser. Cette suggestion est intéressante et mérite qu'on la prenne en considération dans le cas des médecins acquérant une spécialité générale, comme la médecine générale, la chirurgie et la pédiatrie, où l'expérience acquise comme médecin de famille serait d'une très grande valeur. Ce plan ne pourrait s'appliquer intégralement, car certains de ceux qui acquièrent une spécialité n'ont ni les qualités, ni les aptitudes du médecin de famille.

Nous avons mentionné les modifications possibles des rôles respectifs des diverses professions de la santé, en vue d'accroître l'efficacité de l'administration des soins: réduction du nombre des spécialistes et augmentation du nombre des médecins de famille, dont le rôle s'élargirait pour assumer une partie de la tâche actuellement réservée aux spécialistes. Voyons maintenant un nouvel élément de l'équipe médicale.

L'assistante médicale²⁹

Si souhaitable que puisse être le nouveau partage des rôles des spécialistes de la santé, son influence sur la pénurie des effectifs ne sera pas immédiate. L'introduction de l'assistante médicale dans les services de soins généraux aurait beaucoup plus d'effets.

En URSS, le «Feldcher» a longtemps exécuté certaines tâches médicales, et aux États-Unis l'ancien «Corpsman» et les infirmières spécialisées en pédiatrie ont déchargé le médecin de certaines tâches. Au Canada, l'expérience acquise en ce domaine est limitée, mais non négligeable.

Dans le Nord canadien – Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social fait fonctionner 60 unités de soins infirmiers dans le Nord canadien (dans un territoire de 1.75 million de milles carrés, au nord du 60^e parallèle, où vivent 46 000 habitants). Leur personnel comprend de 150 à 200 infirmières, dont 40 pour cent viennent d'Australie, de Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni, d'Europe, d'Inde et des Antilles. Chaque unité dispose d'au moins une infirmière ayant reçu une formation de sage-femme, et on y pratique une médecine courante, dans les limites de la compétence de l'infirmière. Cette dernière peut entrer à tout moment en contact par radio ou par téléphone avec un médecin, dont les visites sont d'ailleurs fréquentes. Néanmoins, l'infirmière assume une responsabilité considérable. L'efficacité de ce programme est difficile à évaluer: les statistiques de mortalité puerpérale et infantile dans les Territoires du Nord-Ouest montrent une grande amélioration³⁰. Il est évident que les infirmières ont œuvré selon leur meilleur jugement, qu'elles ont fourni un excellent travail, et que les effets positifs du programme sont probants; inauguré en 1945, il a subi de profondes modifications, les dernières datant de 1967.

Dans l'industrie – Il s'agit ici encore d'une expérience de longue haleine. On a décrit, il y a vingt ans, le rôle de l'infirmière en médecine du travail. En

1956, D.C. Bews déclarait à ce sujet: «Nous avons pu nous rendre compte que la plus grande partie du travail sanitaire peut être accomplie par notre personnel infirmier, qui le fait peut-être le mieux, grâce à son statut de membre qualifié de l'équipe médicale. Le succès de la médecine du travail dépend du statut de collaboratrice que nous reconnaissons à l'infirmière, du soutien et de la formation que nous lui donnons pour qu'elle puisse exécuter sa tâche efficacement. Le développement harmonieux du programme sanitaire d'une firme industrielle sera fonction de la coopération et de la compréhension entre le médecin et les infirmières, et entre ces dernières et le personnel de la firme»³¹.

Au cours des ans, le rôle des quarante infirmières (dont la plupart ont reçu une formation en hygiène publique et acquis de l'expérience comme infirmières de l'Ordre de Victoria) de cette firme employant 40 000 personnes s'est constamment étendu; actuellement, les infirmières exécutent tous les examens médicaux avant l'embauche, référant 5 pour cent des femmes et 10 pour cent des hommes à un médecin pour obtenir son avis; elles effectuent la plupart des examens périodiques de santé, et de plus elles sont les premières à examiner les employés qui tombent malades au travail. Dans la plupart des cas, l'infirmière seule s'en occupe. L'impression générale des médecins et des employés au sujet de la qualité du travail accompli par ces infirmières est des plus favorables.

Nous pourrions citer d'autres exemples pris dans l'industrie, dans les services d'hygiène publique, dans certains hôpitaux et dans les cabinets médicaux. Mais ce que nous en avons dit doit suffire à établir que nos infirmières peuvent, avec compétence, exécuter des tâches plus complexes qu'actuellement.

Admissibilité et formation

Ceux qui pensent que seul un médecin peut accomplir toutes les tâches qui lui sont actuellement dévolues devraient noter que nombre de pays ont réussi à obtenir une mortalité néonatale inférieure à celle du Canada: «Dans certains pays, la majorité des femmes enceintes se présentent aux consultations prénatales d'un dispensaire spécialisé; ce sont des sages-femmes qui aident à l'accouchement; les consultations pour les nourrissons ont lieu également dans des dispensaires spéciaux. La plupart des soins de maternité sont dispensés par des personnes qui ne sont pas médecins, de façon systématique et sous surveillance médicale. Cependant, les taux de mortalité puerpérale et infantile de ces pays sont inférieurs à ceux du Canada»³².

Si l'on accepte la création de la profession d'assistante médicale et que l'on dresse un plan pour leur formation en grand nombre, il faudrait tenir compte des points suivants: qui serait admissible et quelle formation lui donner? Dans les conditions actuelles de la médecine générale au Canada, la première question est de pure forme; seule l'infirmière possède les connaissances fondamentales requises et il est probable que cette situation persistera. Mais il faudrait peut-être modifier le cours d'infirmière, le faire suivre d'un stage pratique, puis d'une formation en médecine générale, obstétrique, pédiatrie, etc.: il faudrait peut-être donner un cours axé sur la pratique. Toutefois, ce n'est là qu'une impression, car personne n'a encore

précisé la fonction et les capacités de l'assistante médicale.

Cours de formation universitaire

Au Canada, on ne donne généralement que des cours pour la formation des infirmières diplômées. Cependant, nous avons étudié le fonctionnement des programmes suivants, les seuls qui forment des «assistantes médicales»³³ :

– L'Université McMaster donne un programme de formation à 23 infirmières agréées travaillant avec des médecins de famille, qui enseignent aussi à l'Université. Ces infirmières ont reçu un enseignement à plein temps pendant un mois, et à temps partiel pendant le reste de l'année. On trouvera à l'annexe n° 9 du Supplément le détail des objectifs du programme. La première promotion a été diplômée en janvier 1972, et on se propose d'étendre le programme.

– L'Université Dalhousie donne un programme de formation d'infirmière pour postes isolés, où sont admises les infirmières agréées qui possèdent une année d'expérience au moins. La première année du cours de deux ans est consacrée à la théorie et comprend une formation en hygiène publique, en biostatistiques, en hygiène mentale, en diététique, en médecine fondamentale, en chirurgie, en obstétrique et en pédiatrie. Au cours de la deuxième année, l'étudiante est formée aux soins infirmiers en hygiène publique, et en obstétrique avancée. Elle acquiert l'expérience hospitalière à l'International Grenfell Association Hospital à St. Anthony (Terre-Neuve), et passe huit semaines dans les unités de soins infirmiers du Nord canadien. Ce programme, qui a débuté en 1966, a jusqu'à présent servi à former 27 infirmières diplômées. On compte 9 inscriptions à ce cours pour l'année scolaire 1971-1972.

– Les universités de l'Alberta, Western Ontario, de Sherbrooke, de Toronto, du Manitoba et McGill viennent d'inaugurer des programmes de formation clinique d'une durée de six mois (dont les deux premiers se passeront dans des régions isolées) pour des infirmières qui devront travailler dans le Nord canadien.

Ces programmes sont bien conçus. Certaines modifications seraient peut-être nécessaires, mais pour le moment objectifs et méthodes conviennent à la formation :

- de l'infirmière qui devra travailler seule, dans une région isolée, et
- de celle qui fera partie d'une équipe médicale dans une collectivité urbaine ou rurale.

Jusqu'à présent, nous n'avons parlé que des assistantes médicales et du domaine de la médecine générale. Cette fonction pourrait être donnée aussi aux hommes, et cette tâche pourrait être accomplie dans d'autres domaines. Rien n'interdit aux hommes de s'inscrire dans les écoles de soins infirmiers, mais très peu le font. La création de la profession d'assistant médical donnerait peut-être de l'attrait à ces écoles, dont l'inclusion dans les collèges d'enseignement général et technique a facilité l'accès. En raison du nombre d'assistants à former, il faudrait encourager plus d'hommes à entrer dans cette profession. Toutefois, pour le moment et pendant la période expérimentale, la sagesse impose que l'on n'accepte que des infirmières qualifiées.

Outre les soins généraux de médecine non spécialisée, il existe beau-

coup d'autres domaines où une personne ayant reçu une formation adéquate pourrait exécuter une tâche d'assistante médicale. Toutes les spécialisations offrent des possibilités. Le domaine de l'hygiène mentale se distingue entre tous, et C. Hanly³⁴ a clairement exposé les raisons favorisant une formation approfondie des infirmières spécialisées en psychiatrie, afin qu'elles puissent effectuer des psychodiagnos et de la psychothérapie, et il recommande une formation au niveau du doctorat (Ph.D.). D'après l'expérience acquise en d'autres domaines, et en raison du besoin considérable de spécialistes de l'hygiène mentale, on se demande si une formation aussi poussée est vraiment indispensable.

Quelques problèmes d'ordre pratique

On se pose quelques questions pratiques. Quelle sera la place de l'assistante médicale dans le cabinet du médecin, ou par exemple dans le centre sanitaire local? Quel sera l'accueil du public? Comment la rémunérer? Qui se chargera de son assurance? Quelle sera la situation juridique à l'égard de l'exercice de la médecine?

L'étude de la situation des infirmières dans le Nord canadien et dans l'industrie nous donne certains renseignements. Des essais³⁵ sont en cours, qui ont déjà répondu à certaines questions. L'adaptation des assistantes médicales, et l'accueil que le public leur réservera, ne semblent guère poser de graves problèmes. Ni tous les malades, ni tous les médecins n'accepteront sans prévention cette auxiliaire; mais patience et longueur de temps viendront à bout de ces difficultés.

Les problèmes de rétribution, de statut juridique et d'assurance ne sont pas facilement écartés. Chacun d'eux pourrait fort bien retarder ou même empêcher les essais indispensables pour nous permettre de choisir les meilleures candidates, de les former adéquatement, et de déterminer l'ampleur des responsabilités qu'on pourra leur déléguer.

L'auxiliaire médicale travaillant avec un médecin devra-t-elle toucher des honoraires d'actes médicaux, ou sera-t-elle rétribuée par le médecin? Dans ce dernier cas, comment le médecin recouvrera-t-il cet argent? Actuellement, on a recours aux subventions de recherche et à toutes sortes de moyens pour payer les infirmières qui animent des projets-pilotes; cette situation n'est absolument pas satisfaisante. Le rôle de l'assistante médicale sera long à déterminer, tout comme son mode de rétribution; en attendant, il faudrait adopter une méthode transitoire de paiement.

Quand l'infirmière travaille dans l'industrie ou le secteur public, la question de sa rétribution est simple. C'est au cabinet médical que les difficultés surgissent, et c'est là qu'il faudrait de nombreux essais pour que l'assistante médicale réponde aux espoirs qu'on met en elle. Des études méthodiques devraient permettre de tracer assez rapidement le cadre d'action de l'assistante médicale, et les problèmes de rétribution se résoudraient alors facilement.

Tant qu'on ne dispose pas de bases sérieuses, les polémiques sont inutiles; elles se produiront néanmoins, et malheureusement elles pourraient compromettre les essais. Les problèmes de statut juridique et de responsabilité sont également épineux. On a étudié la possibilité d'adopter des dispositions réglementaires pour tous les actes médicaux au sujet

desquels le médecin pourrait se faire aider par une personne non titulaire d'un doctorat en médecine³⁶. Il faudra du temps et de nombreux essais pour arriver à des conclusions pratiques, et l'indécision serait périlleuse pour l'expérimentation. Il faudrait adopter une méthode temporaire, mais sûre, pour la rétribution et l'assurance des assistantes médicales. Les organismes de l'État devraient engager les assistantes médicales diplômées, et les détacher dans les services de consultations externes et les cabinets médicaux pour prendre part à un programme préétabli d'essais et d'évaluation.

Conclusion

Nous estimons qu'il faut créer maintenant la profession d'assistante médicale. Nous sommes persuadés que celle-ci pourrait assumer une part importante, bien qu'encore indéterminée, de la charge du médecin. Il est encore trop tôt pour prévoir l'effet de l'activité d'un grand nombre de ces auxiliaires sur le coût des soins médicaux. Théoriquement, l'économie devrait être considérable; il nous faudrait moins de médecins et, à service égal, les assistantes seraient moins rétribuées que ces derniers. En pratique, il est possible que l'activité de l'assistante médicale réponde à des besoins restés insatisfaits, et que la pénurie de médecins persiste. Nous pensons néanmoins que cette éventualité est peu probable, sans l'écarter complètement. On ne peut donc baser la création de la profession d'assistante médicale sur une incertaine réduction du coût des soins médicaux.

C'est l'amélioration du service médical qui en constitue la principale raison. Au cours de notre enquête, nous avons constaté maintes fois des lacunes dans l'administration des soins aux malades, surtout lors du premier contact avec le réseau médico-hospitalier; ce n'est pas l'augmentation du nombre de médecins qui comblera les lacunes existantes. Nous insistons donc pour qu'on forme un corps d'assistantes médicales, et qu'on élabore les programmes d'enseignement nécessaires sans retard.

Répartition du personnel paramédical

Numériquement les médecins, dentistes et infirmières ne représentent qu'une infime partie des effectifs sanitaires. C'est que le nombre de personnes œuvrant dans le secteur de la santé est considérable: d'après les derniers calculs, datant de 1961, environ 5.21 pour cent de la population active y participaient, et nul doute que cette proportion n'augmente rapidement. Les effectifs de santé peuvent être répartis en plusieurs catégories³⁷. À propos de la main-d'œuvre sanitaire, Thomas Boudreau a déclaré ceci :

«Vu ce qui précède, il semble futile, sinon impossible, de prévoir la quantité de main-d'œuvre qui sera nécessaire dans chaque secteur des services de santé. Il est certes impossible de prévoir tous les changements d'organisation et l'évolution technique qui auront lieu au cours des dix prochaines années; quant aux innovations, sur lesquelles nous disposons d'une certaine information, nous ignorons à quel rythme elles seront mises en application et dans quelle mesure elles toucheront la main-d'œuvre. En fait, le résultat final est souvent tout à fait différent de celui qu'on avait prévu. Par exemple, une innovation technique destinée à réduire le per-

sonnel entraîne souvent une augmentation de la main-d'œuvre parce qu'elle constitue une occasion d'offrir des services nouveaux ou meilleurs et qu'elle provoque souvent une utilisation plus grande des services complémentaires. Ici encore, on peut citer l'exemple de l'automatisation des laboratoires, qui a amené la création de tests nouveaux et améliorés et qui a permis de mettre sur pied d'autres services thérapeutiques et de diagnostic auxiliaires.

Il faut ajouter, à toutes ces considérations, le fait qu'on peut assurer les mêmes services ou atteindre les mêmes objectifs en ayant recours à de nombreuses combinaisons différentes des ressources ou des programmes, ce qui permet de s'adapter aux changements si les ressources, y compris la main-d'œuvre, perdent ou gagnent en efficacité ou deviennent plus rares; *il semble absolument vain d'essayer de prévoir le nombre exact de personnes dont aura besoin chaque catégorie d'employés dans cinq ou dans dix ans, et de préparer des programmes pour pourvoir à tous les postes prévus.*

À la lumière de tous les faits qu'on vient d'exposer, il semble que la règle d'or en ce qui concerne la politique de main-d'œuvre dans le secteur de la santé soit la *souplesse*. La souplesse qu'on doit viser à atteindre doit permettre et favoriser la mobilité horizontale et verticale de la main-d'œuvre à l'intérieur même des services de santé, ainsi qu'une certaine mobilité entre ces services et les autres secteurs de l'économie. Cette souplesse devrait également permettre et encourager la redéfinition des tâches et une nouvelle répartition du travail. En d'autres mots, elle devrait assurer un dynamisme constant au sein de la main-d'œuvre et permettre au personnel de s'adapter avec facilité et rapidité aux changements techniques, économiques et aux changements de structures des services.

En vue de préciser davantage les éléments qui doivent faire partie intégrante de cette politique de souplesse, il est intéressant de jeter un coup d'œil rapide sur les raisons du manque de souplesse de la main-d'œuvre actuelle»³⁸.

T. J. Boudreau indique les facteurs suivants :

1. Le système d'enseignement: il faudrait élargir la base de l'enseignement spécialisé afin de préparer les étudiants à une série d'activités, et non à une spécialité étroite.

2. Le mécanisme de stage pratique: les institutions concernées devraient mettre en œuvre un programme de formation systématique pour permettre au personnel d'acquérir des connaissances spéciales en divers domaines, facilitant ainsi son adaptabilité ultérieure.

3. Les méthodes budgétaires des hôpitaux, qui énumèrent séparément les divers articles, sont une cause de rigidité structurelle. Certaines provinces commencent à employer une budgétisation globale.

4. La description trop détaillée des tâches dans les conventions collectives limite l'adaptation des emplois.

5. Les associations professionnelles (le Québec en compte douze): «Quoi qu'il en soit, le manque de souplesse que créent les obstacles arbitraires imposés par de nombreuses corporations professionnelles empêchant la mobilité et certaines revendications d'exclusivité pour certains emplois est de moins en moins acceptable, dans une situation où le contexte institutionnel est de plus en plus en mesure de garantir la qualité des services»³⁹.

V. L'organisation du secteur sanitaire

«Autour de la ville et un peu loin de ses murs sont situés quatre hôpitaux tellement spacieux, qu'on pourrait les prendre pour quatre bourgs considérables. On évite ainsi l'entassement et l'encombrement des malades, inconvénients qui retardent leur guérison; de plus, quand un homme est frappé d'une maladie contagieuse, on peut l'isoler complètement. Ces hôpitaux contiennent abondamment tous les remèdes et toutes les choses nécessaires au rétablissement de la santé. Les malades y sont traités avec les soins affectueux et les plus assidus, sous la direction des plus habiles médecins. Personne n'est obligé d'y aller; cependant il n'est personne, en cas de maladie, qui n'aime mieux se faire traiter à l'hôpital que chez soi».

—Sir Thomas More, *l'Utopie*, traduction de Victor Stouvenel.

La coordination et la coopération ne sont pas des traits caractéristiques de l'utilisation des effectifs de santé et du développement des établissements sanitaires canadiens: ces derniers associent parfois leurs efforts officiellement, ou forment officieusement un réseau complexe, ou encore sont totalement oublieux les uns des autres. On a souvent évoqué «les règlements contradictoires, les programmes rivaux, la concurrence pour le personnel et les crédits, et la course au pouvoir et à la préséance»¹. Cette opinion est toujours valable, mais il faudrait la nuancer à la lumière des activités actuelles.

Administrations publiques

L'Acte de l'Amérique du Nord britannique, promulgué en 1867, et base constitutionnelle du Canada, ne fait aucune allusion à la santé, ni au bien-être social. Cette attitude reflète l'esprit des colons qui en faisaient une affaire de famille ou de voisinage, où intervenaient occasionnellement des institutions de bienfaisance, généralement religieuses. L'A.A.N.B. mentionne cependant la compétence fédérale pour l'imposition d'une quarantaine aux navires pénétrant dans les ports canadiens, et pour la gestion des hôpitaux maritimes. Il fait état de la compétence provinciale à l'égard des hôpitaux et des œuvres de bienfaisance, laquelle pouvait d'ailleurs être déléguée aux autorités municipales ou à des organismes locaux ou privés.

Le rôle de l'administration fédérale en matière de santé

Rôles fondamentaux

L'autorité fédérale a pouvoir d'agir maintenant dans les domaines suivants:

1. En matière de quarantaine et de réglementation médicale de l'immigration.

2. Application du Code criminel, par exemple pour la protection du consommateur, en application de la Loi sur les aliments et drogues et de lois similaires. Cette protection concerne les aliments, les produits pharmaceutiques, les médicaments brevetés, les produits biologiques, les isotopes, et s'étend à la lutte contre les stupéfiants, aux effets secondaires des médicaments, et plus récemment à la mesure de l'efficacité de ceux-ci.

3. Conclusion d'accords internationaux, y compris ceux de lutte contre la pollution de l'air et de l'eau, dans le cadre du mandat de la Commission mixte internationale, créée en 1909, et du Mémorandum de 1925 réglementant la salubrité des mollusques et crustacés exportés.

4. Responsabilité directe pour la santé et le bien-être des anciens combattants, la santé et la sécurité des fonctionnaires fédéraux et des détenus pénitentiaires, et la salubrité des transports publics (trains et navires), des édifices fédéraux et des parcs nationaux.

5. Lutte contre la tuberculose bovine, et autres entreprises à la charge du ministère de l'Agriculture, collecte de renseignements statistiques par Statistique Canada, formation professionnelle et réadaptation des infirmes, prestation de services prothétiques et orthopédiques à prix coûtant.

Responsabilité *implicite* découlant des traités et des accords conclus avec les Indiens et les Eskimos, de l'énonciation d'objectifs nationaux d'hygiène et de normalisation, ainsi que de l'évaluation des résultats atteints.

Responsabilité *spéciale et implicite* pour l'entretien des laboratoires et hôpitaux, et pour le soutien de la recherche.

Depuis la promulgation de la Loi des pensions de vieillesse en 1927, les organismes fédéraux ont élaboré de nombreux programmes «à frais partagés», de concert avec diverses administrations provinciales.

1937 – Loi des pensions de vieillesse créant le programme à frais partagés d'assistance aux aveugles nécessiteux.

1942-44 – Étude de l'assurance-maladie.

1948 – Programme de subventions fédérales à l'hygiène.

1952 – Loi sur les aveugles, Loi sur la sécurité de la vieillesse, Loi sur l'assistance-vieillesse.

1952-61 – Programme fédéral-provincial de réadaptation professionnelle.

1956 – Assistance-chômage (modification de 1940 à l'A.A.N.B.).

1957 – Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques.

1965 – Régime de pensions du Canada, comprenant des dispositions spéciales pour les invalides.

1966 – Régime d'assistance publique du Canada, destiné à remplacer certaines des lois déjà mentionnées, et prévoyant l'administration de tous les soins aux personnes dans le besoin (et non aux seuls indigents).

1966 – Loi sur la Caisse d'aide à la santé: assistance à la construction des établissements de formation et de recherche.

1966 – Loi sur les soins médicaux.

Coordination et encouragement

L'administration fédérale *coordonne et encourage* les activités entreprises dans le cadre des programmes à frais partagés qu'elle a mis sur pied. Ces programmes ont permis de réaliser des progrès considérables dans tout le pays (par exemple l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation), mais on a observé un certain manque de souplesse qui a gêné l'établissement du régime. Ainsi :

– Le programme à frais partagés pour la construction d'hôpitaux n'envisage pour ainsi dire que les maladies aiguës. Si les provinces avaient pu affecter les fonds à leur gré, elles auraient pu, à bien moindres frais, compléter leur réseau sanitaire en construisant des hôpitaux pour maladies

chroniques, des centres de réadaptation, des maisons de convalescence, etc. Le mal n'est toutefois que relatif, car notre pays possède maintenant un équipement suffisant en lits d'hôpital.

– Le programme à frais partagés du Régime d'assurance-maladie ne prévoit que la rémunération des médecins, à l'exclusion de tout autre technicien médical, ce qui a jusqu'à présent freiné les progrès de certaines expériences de médecine totale.

– La rigidité du mode de financement du fonctionnement des hôpitaux limite l'essai de nouvelles méthodes de financement.

Organisation de réunions

Un département fédéral de la Santé existe depuis 1919, époque où une loi créa un organisme coordinateur: le Conseil fédéral d'hygiène, dont fait partie le directeur général des services médicaux de chaque province et de ceux du ministère de la Santé nationale; ce dernier porte généralement le titre de sous-ministre de la Santé. Certains membres peuvent être choisis hors du secteur public. Le Conseil s'est réuni régulièrement depuis 1919, dans le but de discuter principalement des relations fédérales-provinciales dans le domaine de l'hygiène, avec l'espoir d'obtenir un accord.

La création, en 1944, du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, causa une forte expansion du personnel sanitaire spécialisé, à l'échelon fédéral, chargé de conseiller et d'aider les organismes provinciaux en matière d'alimentation, de médecine du travail, d'hygiène dentaire, d'hygiène mentale, de lutte contre la tuberculose et la cécité, de conception des plans d'hôpitaux et de planification de la recherche. À la suite de l'allocation de subventions fédérales spéciales à l'amélioration des services sanitaires et à la mise sur pied du régime d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie, des relations fédérales-provinciales se sont établies à tous les niveaux de décision et d'exécution; elles se sont traduites par la formation de comités réunissant des agents fédéraux et provinciaux compétents pour traiter de l'alimentation, de l'hygiène mentale, de l'hygiène maternelle et infantile, et élaborer des programmes. Ces comités comprennent généralement des spécialistes n'appartenant pas au secteur public et bien qu'ils soient, de par la loi, désignés pour conseiller le ministre, ils relèvent en fait du Conseil fédéral d'hygiène.

Quand la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques entra en vigueur en 1957, on forma un groupe fédéral-provincial séparé, chargé d'examiner ce sujet en particulier. Certains hôpitaux se trouvent sous l'autorité de sous-ministres provinciaux de la Santé, qui siègent au sein du comité des hôpitaux et du Conseil fédéral d'hygiène. Cette formule n'a pas été adoptée dans toutes les provinces, ce qui varie la composition et l'esprit du Conseil. De même, les discussions relatives à l'assurance-maladie n'ont pas toujours été menées par les mêmes personnes qui siègent au Conseil fédéral d'hygiène. La mise sur pied de programmes socio-sanitaires destinés à améliorer le sort des aveugles, des invalides et des assistés sociaux, n'a fait qu'accentuer l'incohérence de l'effort sanitaire fédéral.

Au cours des années 1960, les autorités fédérales ont multiplié leurs discussions, concernant les problèmes d'hygiène, avec les autorités provin-

ciales: rencontres entre le Premier Ministre du Canada et les premiers ministres provinciaux, les ministres des Richesses naturelles, et d'autres. On n'y entendait pas toujours la voix des responsables de la santé, bien que les dispositions débattues et les accords conclus influençassent souvent les ministères de la Santé; il est évident que les considérations financières prirent le pas sur les consultations et les avis des spécialistes. L'autonomie des provinces en matière d'administration des services sociaux et sanitaires s'affirme de plus en plus. Même la charge de la promulgation de normes ou de directives nationales, et de l'évaluation des résultats obtenus, n'est pas clairement revendiquée par l'administration fédérale, à cause de la complexité de la situation actuelle, tant à l'intérieur des provinces que dans leurs rapports avec le gouvernement central ou les autres provinces. L'obligation de résidence pose encore des difficultés juridiques à la transférabilité de certaines prestations.

De nombreux comités s'occupent des différents aspects de l'administration des soins, fournissant une tribune pour les discussions entre organismes fédéraux et provinciaux, au palier des spécialistes ou à celui des instances politiques les plus élevées. Ces comités se réunissent plus ou moins régulièrement. Certaines difficultés juridiques ou administratives les empêchent d'étudier de façon exhaustive le fonctionnement du réseau d'administration des soins au Canada et d'entreprendre l'action coordonnée unanimement souhaitée. Deux initiatives du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ont une importance particulière dans le contexte actuel. Ce ministère a chargé un groupe de travail d'étudier la question du coût des soins au Canada. La conférence des ministres canadiens de la Santé avait formé un comité à cet effet, en novembre 1968. En février 1969, ce comité désigna sept groupes de travail chargés de l'examen de secteurs particuliers; ces groupes remirent leurs rapports au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en novembre 1969. Ce réel tour de force souligne bien des possibilités. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social suit attentivement la mise en œuvre des recommandations soumises par les groupes d'étude. Cette même activité coordonnatrice s'est manifestée lors de la Conférence sur l'assistance au médecin, à l'été de 1971, de la Conférence sur la main-d'œuvre en 1969, et de la Conférence sur la formation de la main-d'œuvre sanitaire en 1971.

Subventions à la recherche

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social est le principal organisme où s'effectuent les *recherches médicales internes*: En 1969-1970, 8 800 000 dollars ont été affectés aux études de R & D et aux activités connexes relatives à la radioprotection, à la pollution de l'air, à l'hygiène du travail, à l'hygiène du milieu, à la biochimie, à l'épidémiologie et aux services de santé (voir le tableau n° 9).

Les *subventions à la recherche en hygiène publique* vont à la recherche appliquée et aux travaux de développement technique exécutés par les universités, les hôpitaux, les ministères de la Santé, et par des organismes sanitaires sans but lucratif (Voir chapitre IX). On estime que treize millions de dollars, ou 40 pour cent des dépenses de la *Caisse d'aide à la santé* en 1969-1970, ont été affectés à la construction d'installations de recherche

faisant partie d'un programme de formation de spécialistes de la santé plus nombreux dans les écoles de médecine et de dentisterie et les établissements affiliés.

C'est le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social qui a mis en œuvre le programme des nouvelles subventions nationales à la santé, lequel s'est révélé de grande importance pour la recherche dans le domaine que nous étudions. Parallèlement à l'élimination progressive du programme de subventions générales à l'hygiène, on a introduit un nouveau type de subvention nationale afin de financer directement des actions d'intérêt national destinées à améliorer les services de santé. On a réparti 2 300 000 dollars en 1970-1971 et 3 264 000 dollars en 1971-1972. Le nouveau programme de subventions nationales à la santé dépend du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, et il est administré par la Direction des subventions à l'hygiène de la Direction générale de l'assurance-maladie et de l'aide à la santé. Les subventions couvrent cinq catégories importantes d'activités :

1^o des programmes de recherche en administration des soins; des enquêtes systématiques sur les besoins en personnel et en services publics de santé, et sur leur organisation et leur efficacité;

2^o des services-pilotes;

3^o des services spéciaux de programmes éducatifs;

4^o la formation de chercheurs en administration des soins;

5^o l'aide à la formation du personnel de santé.

Le Conseil des recherches médicales est une société de la Couronne, rendant des comptes au Parlement par l'intermédiaire du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, mais complètement indépendante du ministère. En 1971-1972, ce Conseil a consacré 35 642 000 dollars à des subventions de soutien, des programmes d'aide à la formation du personnel de santé et d'organisation de la recherche, etc.

En dépit de ce qui vient d'être dit, il semble que le rôle de l'État ne soit pas clairement précisé. Presque tous les représentants des administrations provinciales que nous avons rencontrés nous ont confié qu'ils n'étaient pas sûrs du rôle que l'administration fédérale devrait remplir. Du côté fédéral, on semble redouter d'empiéter sur les prérogatives provinciales.

Outre les difficultés inhérentes aux domaines complexes de la santé, deux importants facteurs compliquent les négociations: ce sont le financement et l'enseignement, qui interviennent largement dans toutes les discussions sur la politique à adopter. Nous n'aurons pas la candeur de croire que l'on pourra surmonter la plupart de ces difficultés. On pourrait cependant délimiter plus nettement les charges respectives de l'État et des provinces. Espérons que cela viendra en temps utile.

Normes nationales

En considérant les relations entre les gouvernements provinciaux et l'État canadien en matière d'hygiène, deux points retiennent particulièrement notre attention:

La nécessité d'établir des normes nationales minimales pour chaque profession et chaque technique.

À cet égard nous citerons J.R. Evans²:

«[L'un des objectifs est] de garantir à chaque diplômé que ses diplômes seront reconnus dans toutes les provinces et ... de parer aux modifications relatives à l'accréditation d'une profession ou d'une autre qui peuvent considérablement influencer sur les droits et les pratiques associées à d'autres professions dans ce domaine. Par conséquent, compte tenu des intérêts de tous les professionnels de la santé, mais surtout de l'intérêt public, il est essentiel de coordonner la réglementation des diverses professions.

Nous nous trouvons devant une gageure: la coordination entre les programmes de formation et les sphères d'activité des organismes de réglementation, les conseils d'enregistrement et les collèges professionnels, de façon à établir des normes minimales à l'échelle nationale et à offrir la garantie que les diplômes seront reconnus d'une province à l'autre, sans pour autant empêcher l'innovation dans la formation pour l'adapter aux besoins nouveaux».

La nécessité de la poursuite du financement de la recherche par les organismes fédéraux.

Le gouvernement fédéral doit conserver un rôle prépondérant dans le financement de la recherche. Il en a toujours été ainsi, mais il est apparu récemment que certaines provinces aimeraient étendre leurs actions en la matière. Nul doute que des considérations fiscales n'interviennent dans cette attitude, mais les provinces estiment également qu'elles pourraient affecter les fonds suivant des modalités plus adéquates et à des recherches qui leur sont plus nécessaires. Actuellement, elles sont obligées de financer des programmes entrepris avec des crédits dont la répartition échappe à leur appréciation. Dans le cas des subventions nationales à la santé, cet argument a été pris en considération, et on transmet les demandes d'aide à la recherche aux provinces, afin qu'elles puissent exprimer leur opinion concernant la désirabilité ou le manque d'intérêt du projet, avant que la demande d'aide ne soit étudiée par le comité des subventions. Mais les provinces feraient-elles bon usage des fonds de recherche si elles pouvaient en disposer? À notre avis, il y a de nombreuses raisons pour que la majeure partie des fonds destinés à la recherche en sciences de la santé soit répartie par l'administration fédérale.

Tout d'abord, les organismes fédéraux sont mieux placés pour élaborer un plan d'ensemble englobant les programmes de recherche dont les résultats auraient un vaste champ d'application. Le Conseil des recherches médicales a mis au point, au cours des années, une politique rationnelle de répartition de ses fonds entre les subventions de soutien, l'aide au perfectionnement du personnel et l'organisation de la recherche; de plus, le Conseil a accordé son attention à des problèmes d'intérêt national. Il est possible de rassembler des experts compétents dans chaque domaine, si l'on opère à l'échelle du pays, mais ce n'est pas à la portée de chaque province séparément. Le morcellement de l'aide à la recherche représenterait une dilution des efforts ou leur répétition inutile, et un gaspillage de fonds et de temps.

De plus, l'émulation sur le plan national contribue au maintien de la

haute qualité de la recherche, car la concurrence entre les chercheurs de tout le pays, pour l'obtention d'une subvention, constitue un aiguillon bien plus puissant qu'une simple rivalité dans le cadre provincial, si même elle existe. En recherche, comme dans beaucoup d'autres domaines, la concurrence est un puissant stimulant.

Les rôle des administrations provinciales

«Les gouvernements provinciaux sont les principaux responsables des mesures destinées à prévenir la maladie et à améliorer le niveau général d'hygiène de la collectivité. Ces mesures comprennent les services de santé préventifs, les services hospitaliers, les services d'hygiène mentale, les services de traitement de la tuberculose et d'autres maladies, et les services spéciaux de soins et traitements des invalides et des personnes atteintes de maladies chroniques. Ces services relèvent ordinairement du ministère provincial de la Santé ou d'un autre organisme officiel, avec la collaboration des hôpitaux et des organismes officiels et bénévoles, des professions sanitaires et des institutions d'enseignement et de recherche.

Bien que le schéma général des services soit semblable pour toutes les provinces, l'organisation de la santé, le financement et l'administration varient quelque peu d'une province à l'autre. La plupart des fonctions d'ordre sanitaire sont exercées par les ministères provinciaux de la santé, mais, dans quelques provinces, certains programmes, tels que l'assurance-hospitalisation, l'assurance médicale, la lutte antituberculeuse et la lutte anticancéreuse ou les programmes antialcooliques sont administrés par des organismes publics distincts, qui relèvent directement du ministre de la Santé. Les organismes bénévoles fournissent également des services spécialisés, souvent avec l'aide des deniers publics, sous forme de paiement pour les services rendus ou de subventions de soutien»³.

Extension du rôle des organismes provinciaux

Cet exposé, tiré de l'Annuaire du Canada 1970-1971, relate des faits mais ne montre pas l'extension de l'activité des administrations provinciales dans le domaine de la santé au cours des quinze dernières années. Les modestes départements de la santé ne se préoccupant bien souvent, au début, ni du malade, ni du médecin, ni de l'hôpital, ont étendu le champ de leurs activités et de leur influence, et ils se trouvent maintenant au rang des plus importants ministères.

Les organismes responsables de l'hygiène ont assumé un nouveau rôle administratif avec l'introduction de l'assurance-hospitalisation: ils répartissent les crédits entre les hôpitaux et ils ont de ce fait leur mot à dire quant à l'emploi de ces fonds. La tâche a été longue et ardue pour les agents comptables des hôpitaux, qui ont dû se pencher sur des détails des budgets présents et passés, étudier les frais déductibles et combattre des directives rigides imposées par des fonctionnaires peu expérimentés. Telles furent cependant les seules ombres au tableau d'un programme par ailleurs excellent. Alors que se poursuivaient les discussions administratives, on construisait de nombreux hôpitaux, on rénouvait les anciens, et on les dotait tous de bonnes installations permettant d'utiliser les méthodes de traitement

les plus modernes, et surtout on continuait à soigner les malades.

L'entrée en vigueur du Régime d'assurance-maladie a provoqué un nouvel essor des ministères de la Santé. La répartition de sommes énormes nécessitait un contrôle de leur utilisation par un personnel accru. La recherche en exigeait plus encore, ainsi que les services nécessaires à la mise en œuvre, dans chaque province, d'un vaste ensemble, complexe et particulièrement vulnérable. Les difficultés étaient surtout d'ordre administratif: difficultés matérielles pour remplir les formulaires et les traiter, retards des paiements et ajustements, difficile élaboration d'un barème des honoraires, etc. En dépit de ces difficultés, le traitement des malades n'a guère subi d'interruption.

Jusqu'à présent, les changements ont porté surtout sur les modalités de financement des hôpitaux et le paiement des honoraires des médecins. À part quelques exceptions locales, le système lui-même ne semble guère avoir changé, pas plus que les rapports entre les malades, les médecins et les hôpitaux, ou ceux des institutions entre elles. Mais il est évident qu'une évolution s'esquisse. Deux des plus grandes provinces préparent une réforme étendue, dont une grande partie a été décrite à divers endroits dans le présent rapport, en suivant les recommandations des comités désignés par leur gouvernement⁴. En effet, aucune province ne reste inactive, et leur rôle s'étend de plus en plus dans tous les aspects du secteur sanitaire. C'est une évolution inévitable, mais qui portera ses fruits.

Dangers d'une trop grande autonomie

On ne peut cependant écarter le danger qu'un organisme public lance une entreprise sans préparation suffisante, ou avant que le personnel compétent n'ait été réuni. Ce fut le cas pour l'assurance-hospitalisation et pour le Régime d'assurance-maladie. Les problèmes qui ont surgi étaient surtout d'ordre financier, mais *semblable erreur d'appréciation dans l'élaboration d'un plan d'administration des soins aux malades pourrait avoir de graves répercussions*: des vies humaines ne seraient peut-être pas en danger, mais on peut craindre de sérieux embarras, et surtout un ajournement de l'amélioration du réseau d'administration des soins.

En élaborant leur propre plan, les organismes de chaque province risquent de s'y confiner, de méconnaître l'expérience des autres et d'imposer des normes incompatibles avec celles d'autres programmes. Nous avons déjà trouvé ce problème en étudiant la coordination.

L'action fédérale est indispensable pour maintenir l'équilibre, assurer les fonctions qu'aucune province ne peut assumer, ou qui ne pourraient être bien exercées que par un organisme central.

Les difficultés du rôle directeur du secteur fédéral

La situation constitutionnelle entrave l'action de l'administration fédérale, qui doit se borner à influencer les provinces par des moyens indirects, généralement fiscaux, lesquels, s'ils ont assez de poids pour provoquer de grands changements, comme l'expérience l'a montré, causent de nombreuses difficultés.

Le Conseil canadien de la santé

Il faut espérer que le Conseil canadien de la santé, dont le Ministre de la Santé et du Bien-être social a annoncé la formation en octobre 1971⁵, suscitera la coopération et fournira l'évaluation critique et les vues générales qui font défaut actuellement. Ce Conseil n'aura aucun pouvoir de direction, mais s'il comptait parmi ses membres, d'une part des experts en matière sanitaire, de grande expérience dans l'application des idées et n'appartenant ni au secteur public, ni à aucune association professionnelle, et d'autre part des utilisateurs des soins qui apporteraient leur jugement de «consommateurs» non spécialistes, il pourrait faire autorité là où d'autres seraient paralysés par les servitudes et l'optique des organismes de l'État.

Organisation du secteur sanitaire

L'élément principal: l'hôpital

Bien que traditionnellement indépendants, les hôpitaux ont dû, depuis l'introduction de l'assurance-hospitalisation, se soumettre petit à petit aux directives, voire à l'autorité des organismes provinciaux d'hygiène. C'est le résultat inévitable des prérogatives financières des administrations publiques. Cette tendance s'exprime différemment suivant les provinces, mais elle existe partout et elle progresse. Actuellement, aucun hôpital ne peut modifier substantiellement son budget sans en référer à l'administration publique. Jusqu'à présent, chaque hôpital a traité séparément avec cette dernière, tout en conservant son fonctionnement habituel. Mais l'augmentation des dépenses a de plus en plus attiré l'attention des autorités sur l'absence de méthode globale. Nous avons déjà soulevé cette question en soulignant l'absence de coordination entre les différents secteurs du domaine sanitaire; nous l'examinerons en détail ci-dessous, sous trois angles différents.

1. Répartition des hôpitaux

Il semble qu'en général la répartition des lits d'hôpitaux soit satisfaisante par rapport à la densité démographique; c'est normal, car les autorités municipales ont contribué au financement de la construction des hôpitaux. La principale faiblesse réside dans le nombre de petits hôpitaux dispersés dans le pays⁶. Il est impossible de dire combien d'entre eux devraient être supprimés dans l'intérêt de l'efficacité, sans savoir avec précision les services qu'ils assurent et quels sont les autres services de santé qui existent dans la région. Rappelons l'importance économique et psychologique de ces petits hôpitaux pour les habitants de leur localité: ils emploient beaucoup de personnes de la collectivité, pour laquelle ils constituent une source de prestige et de sécurité. Cependant, il est fort probable qu'à longue échéance il y aurait grand avantage à confier les activités de certains petits hôpitaux à des établissements plus grands, mieux organisés, mieux équipés, et à les transformer pour d'autres fins (convalescence ou réadaptation) dans le cadre d'un réseau organisé. C'est là le difficile objectif de chaque province.

2. *Relations organiques entre hôpitaux*

Nous allons étudier les rapports entre les hôpitaux, et plus particulièrement les rapports entre les hôpitaux des régions urbaines où ils sont groupés. Jusqu'à ces dernières années, il y a eu peu d'accords de collaboration entre hôpitaux, la concurrence étant de règle. L'accroissement des dépenses et le contrôle gouvernemental ont incité les hôpitaux à rechercher la collaboration avec leurs anciens concurrents, afin d'améliorer les services et leur efficacité.

En vue de la planification hospitalière, on a constitué des groupes⁷ ayant, dans la plupart des cas, mission d'étudier le fonctionnement des hôpitaux de la région. Signalons, entre autres essais de collaboration hospitalière, les nombreux cas qui concernent l'informatique⁸. Dans le domaine clinique, les hôpitaux ont conclu certains accords pour la répartition des malades, le partage du personnel et l'utilisation de certains services consultatifs. Mais néanmoins les progrès sont lents.

Il y a de sérieux obstacles, dont deux revêtent une importance particulière. Le premier, la fierté ressentie à l'égard de l'établissement est (il est facile de le comprendre) un grand facteur de ralentissement de l'intégration des hôpitaux. Cet obstacle provient du fait que ce sont des initiatives municipales ou religieuses qui ont créé les hôpitaux, et que ceux-ci ont subsisté et progressé sans grand soutien de la part de l'État; ils n'entrevoient pas son intervention sans méfiance, craignant à la fois de perdre leur personnalité et d'y laisser pénétrer la confusion et l'inefficacité que beaucoup prêtent aux entreprises de l'État.

Il importe d'ailleurs de respecter cet amour-propre, car il représente le meilleur rempart contre la marée de médiocrité qui pourrait envahir tout le réseau d'administration des soins. Cette menace existe sur le plan clinique comme sur le plan administratif, et les efforts tendant à la «démocratisation» des conseils d'administration des hôpitaux en constituent un exemple. Il est à craindre qu'avec la mise en place d'un mécanisme de nomination par le ministère ne disparaissent le dévouement et la compétence qui distinguaient naguère ceux qui œuvraient au sein des conseils d'hôpitaux. Les fusions sont inévitables, mais il faut espérer que le personnel hospitalier restera fier de son établissement.

L'élaboration difficile de méthodes profitables de coopération, de partage et de spécialisation entre hôpitaux constitue l'autre grand obstacle. L'aspect administratif ne présente guère de difficultés: on a fait d'énormes progrès en ce qui concerne la banalisation des ordinateurs, des services d'achat, des buanderies etc....

Sur le plan clinique, les prix de revient, tout comme les avantages, sont difficiles à évaluer; on ne sait par où entreprendre la résolution des problèmes qui, à première vue, peuvent paraître élémentaires au théoricien. On pourrait, semble-t-il, élaborer aisément un plan simple suivant lequel les hôpitaux équipés d'un nombre suffisant de lits et d'installations adéquates s'occuperaient des malades ordinaires, alors que les malades présentant des problèmes difficiles seraient répartis sur une base équitable entre plusieurs hôpitaux ou rassemblés dans quelques-uns d'entre eux. On devrait préconiser ce plan pour toutes les régions, bien que son exécution promette d'être malaisée, et que le résultat puisse n'être qu'en partie

satisfaisant. En s'en tenant à certains principes⁹ on devrait pouvoir dresser, pour chaque région, un plan qui respecterait les caractéristiques avantageuses des hôpitaux actuels, et que ces derniers accepteraient de bon gré. Il faut agir avec prudence et méthode comme on l'a déjà fait¹⁰, afin d'éviter toute hostilité et ses résultats néfastes.

La rationalisation des services hospitaliers est une tâche difficile et de longue haleine, qu'il faut néanmoins poursuivre avec détermination, car elle constitue le premier pas vers la mise sur pied d'un réseau sanitaire complet.

3. Relations entre les hôpitaux et les autres services.

Notre système ressemble fort à l'évocation utopiste reproduite au début du chapitre. Il «contient abondamment tous les remèdes et toutes les choses nécessaires au rétablissement de la santé . . . Les malades y sont traités avec les soins affectueux et les plus assidus, sous la direction des plus habiles médecins . . . et il n'est personne, en cas de maladie, qui n'aime mieux se faire traiter à l'hôpital que chez soi». Mais notre économie n'est pas celle du pays d'Utopie, et ces grands établissements où des médecins habiles, des administrateurs, des infirmières, des aides, des techniciens dispensent leurs talents, nous coûtent fort cher.

L'hospitalisation excessive

On comprend alors qu'il faille limiter leur usage aux malades qui ne peuvent trouver ailleurs les services que requiert leur état. On ne devrait y admettre aucun malade dans le seul but d'établir un diagnostic; les services d'urgence devraient être strictement réservés aux cas urgents, et l'hôpital ne devrait pas héberger de convalescents. Il est cependant évident que l'on trouve à l'hôpital beaucoup de malades dont l'état n'exige pas des soins assidus¹¹.

Il y a néanmoins de bonnes raisons à cette extravagance apparente: dans le cas d'un diagnostic difficile, il est plus simple (et préférable) d'envoyer le malade à l'hôpital, où l'on peut réunir les médecins consultants et les techniciens. Si le médecin dont il cherche l'assistance n'est pas accessible, le malade s'adresse au service d'urgence de l'hôpital le plus proche, qui n'est probablement pas équipé pour traiter son cas. Il arrive aussi que le malade veuille prolonger son séjour à l'hôpital, afin d'être mieux à même de reprendre la vie courante, ou peut-être parce qu'il est seul; ou bien l'hôpital le garde afin d'effectuer un examen supplémentaire ou pour ne pas interrompre un traitement de réadaptation; bien souvent il n'existe aucun établissement où l'on peut envoyer le convalescent, ni unités de soins permanents, ni maison de convalescence. Alors le malade reste à l'hôpital en attendant un lit ailleurs. Quand ces établissements existent, le coût du séjour n'est pas à la portée de tous, alors qu'à l'hôpital les frais sont payés. En ce qui concerne l'hôpital, rien financièrement, ne l'incite à libérer un convalescent pour lequel il reçoit la même allocation que pour un malade. La journée de convalescent lui coûte moins cher.

Le besoin en établissements d'autres types

L'encombrement des hôpitaux par des personnes qui pourraient être

traitées ailleurs est un des aspects du problème de l'organisation hospitalière. L'examen des moyens à employer pour y remédier nous amènera à discuter des autres aspects, par exemple :

- Des services de diagnostic permettant d'éviter l'hospitalisation de malades dans le seul but d'établir leur diagnostic, et de la mise en place de services de soins aux malades sur pied tout aussi adéquats ; des possibilités qu'offrent le cabinet médical, le laboratoire privé, un centre sanitaire ou le service de consultation externe de l'hôpital à cet égard, ainsi qu'à celui :

- des unités de soins aux malades sur pied, dont l'état n'exige pas un séjour à l'hôpital : simple observation, répétition d'une analyse de laboratoire, administration d'un médicament ou continuation de la réadaptation ;

- des unités de convalescence : Comment les créer et les faire fonctionner, les faire communiquer avec les autres services, particulièrement pour l'obtention des dossiers des malades.

Services de diagnostic

Dans la plupart des cas, le processus de diagnostic commence au cabinet médical, lequel est parfois équipé pour effectuer toute une gamme d'analyses. Dans les cas plus complexes, le malade est dirigé vers un laboratoire privé ou hospitalier, ou parfois vers un laboratoire de l'État. Quand une consultation de spécialiste est nécessaire, le malade doit souvent lui consacrer une autre journée, car le cabinet du spécialiste est ailleurs. Le médecin traitant oriente le malade le mieux qu'il peut, mais il ne lui est pas toujours possible de coordonner ses activités, celles du médecin consultant, celles du laboratoire et celles des malades, surtout quand ces derniers sont nombreux. Il en résulte des délais inévitables et des désagréments pour les malades.

Précision et efficacité

Il faut également considérer la précision diagnostique des analyses de laboratoire et de radiologie. Nous ne connaissons pas le nombre exact de laboratoires privés ou rattachés à des centres médicaux non hospitaliers œuvrant dans les différentes parties du pays ; cependant, les quelques indications que nous avons pu recueillir nous permettent de croire qu'ils sont nombreux. En 1969, il y avait par exemple 67 laboratoires de diagnostic agréés en Alberta¹² et 112 en Ontario¹³.

Il y a quelques années, D.B. Tonks¹⁴ avait signalé que la qualité du travail exécuté par ces laboratoires laissait parfois à désirer. Plus récemment, R.E. Bell¹⁵ a confirmé cette opinion. Il affirmait que l'enquête sur le contrôle de la qualité en Alberta avait montré que le travail est de haute qualité «dans les laboratoires dirigés par des spécialistes compétents, mais qu'ailleurs la qualité du travail est variable, voire médiocre . . .».

Voici un résumé de certaines des conclusions émises par les investigateurs désignés par le Comité des arts de guérir de l'Ontario¹⁶ pour examiner le travail des laboratoires autonomes de diagnostic :

- «1) Leurs travaux sont plus précis que D.B. Tonk ne l'avait trouvé lors de l'enquête sur les laboratoires canadiens en 1960.

- 2) La précision de leurs travaux est moindre que celle des laboratoires (agréés) de classe A de l'État de New York, mais supérieure à celle des

laboratoires (non agréés) de classe B.

3) La précision y est généralement égale ou inférieure à la moyenne obtenue dans les laboratoires hospitaliers de Toronto, bien équipés et dotés d'un personnel adéquat.

4) Le travail des laboratoires de l'Ontario est satisfaisant. Il n'y a pas de fondement aux accusations selon lesquelles on relèverait un haut pourcentage d'erreur dans les résultats d'analyses fournies par ces établissements. Le service diagnostique qu'ils fournissent est sérieux, utile et comparable à tout autre.

5) On doit noter que les enquêteurs ont évalué la précision maximale des travaux de ces laboratoires, et que parfois leur qualité pourrait être moins bonne. Il apparaît donc que des améliorations sont nécessaires et qu'il faudrait prendre des dispositions à cet égard».

De toute évidence il y a un problème et certaines provinces s'en sont déjà occupées. Quatre d'entre elles (la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba et l'Ontario)¹⁷ ont mis en œuvre une procédure d'agrément. On s'occupe surtout des laboratoires privés, mais les investigations ont montré la nécessité de surveiller également le travail des laboratoires hospitaliers.

Laboratoires centraux

En raison des désagréments possibles (et bien souvent réels) causés aux malades, des difficultés de contrôle de la qualité du travail, et du coût probablement élevé de l'activité de ces laboratoires multiples, ne serait-il pas préférable de créer de grands laboratoires régionaux ou locaux? Le principe semble bon; mais il n'est pas encore possible d'évaluer son application.

Il n'y a aucune raison pour que le public finance des laboratoires dont le travail n'atteint pas les normes d'efficacité et de coût des laboratoires hospitaliers ou de l'État. Les laboratoires privés bien organisés peuvent fort bien atteindre cette qualité, et même parfois fournir un meilleur travail qu'un grand laboratoire central. Il faudrait mener une étude minutieuse de la précision et du coût des travaux, du nombre d'analyses effectuées et des moyens dont disposent les laboratoires de chaque région. On découvrirait certainement de fortes variations d'une région à l'autre.

Un sous-comité du Conseil ontarien de la santé¹⁸ a examiné le bien-fondé, la possibilité et les modalités d'élaboration d'un réseau régional de fourniture des services de laboratoire et a déclaré dans son rapport: «qu'il est nécessaire d'harmoniser les activités des laboratoires, peut-être grâce à la centralisation. Celle-ci dépendra uniquement des besoins et de la situation particulière à chaque région. Dans certaines régions, une décentralisation harmonieuse répondrait mieux aux besoins d'enseignement, de service et de R & D, et susciterait la participation des éléments locaux¹⁹».

On a déjà entrepris la coordination de l'activité des laboratoires de la région de Hamilton. On a créé un groupe de travail chargé d'étudier comment étendre la coordination à toute la province; cependant, tout comme ailleurs, les progrès sont lents.

Soins aux malades sur pied

Actuellement les soins aux malades sur pied sont administrés par les

médecins exerçant seuls ou en groupe²⁰, les praticiens hospitaliers, les services de consultation externes, les centres médicaux généraux ou spécialisés, les infirmeries d'usines, les centres médicaux pour accidentés du travail, les services de santé pour fonctionnaires, les centres de réadaptation, les divers genres de centres sanitaires locaux, etc. Cet ensemble informe et confus fait du bon travail, mais on y décèle d'évidentes faiblesses.

Les recommandations exprimées par les différentes commissions chargées de proposer des remèdes ont surtout insisté sur la médecine de groupe et la création de centres sanitaires.

Médecine de groupe

La médecine de groupe se répand de plus en plus et deviendra générale si ses avantages du point de vue efficacité, permanence de services sanitaires complets aux malades et éducation permanente des médecins deviennent plus évidents. La médecine de groupe est prospère, particulièrement dans l'Ouest canadien, et semble devoir se généraliser; son développement apporterait une solution à certains des problèmes que nous avons indiqués plus haut²¹. Deux problèmes de la plus grande importance resteront cependant à résoudre :

– La répartition de ces centres médicaux; ce sont des facteurs économiques qui déterminent le lieu d'installation des centres, et non nécessairement le besoin de services.

– La mise en œuvre d'un service de médecine totale. Aussi longtemps que le paiement des soins aux malades constituera la seule source de revenu des centres médicaux, ces derniers ne pourront pas offrir tous les services auxiliaires (sociaux, de bien-être, médecine préventive ...) indispensables à un service de médecine totale, particulièrement dans bien des régions urbaines.

On pourrait remédier à cette faiblesse par un ajustement des honoraires ou l'octroi de subventions pour le paiement d'un personnel spécialisé, ou encore par l'affectation temporaire du personnel de l'État quand la situation le justifie. Il ne semble pas qu'on ait rien tenté de semblable jusqu'à présent.

Centres de santé

Ce titre est assez vague et peut s'appliquer à de nombreux organismes dispensant les soins de généralistes, sous la direction de «Conseils d'administration»²²; ils sont financés de diverses manières, souvent par des moyens de fortune, et ont été créés par des groupes de citoyens et de médecins, des syndicats, des universités, des étudiants et des associations religieuses. Nous avons mentionné dix-huit organismes qui *pourraient* être qualifiés de centres de santé (annexe 2 du Supplément, liste des travaux de recherche, section C), et résumé certaines données pertinentes. Quatre de ces organismes œuvrent depuis de longues années (Mount Carmel, Saskatoon, Prince Albert, Sault-Sainte-Marie); les autres sont d'organisation récente. Dix seulement de ces derniers répondent à notre conception du centre de santé (N^{os} 282-291 de la liste des travaux de recherche).

L'étendue des services offerts par ces centres, leur personnel, leurs installations et le genre de collectivité servie varient énormément. On

mène différentes études d'évaluation dans certains d'entre eux (Morley, Churchill, St. Catharines, Blackhead Road, Sault-Sainte-Marie, Primrose, Smithsville), mais jusqu'à présent nous n'avons recueilli que peu de données sur l'efficacité de ces organismes. Ces centres constituent une étape modeste, mais importante, dans l'élaboration d'un meilleur programme d'administration des soins aux malades sur pied, et nul doute que l'on retire des enseignements de l'expérience en cours. Il faudra cependant faire des études approfondies et élaborer soigneusement les plans avant de créer des centres de santé importants, tels que les envisagent certains rapports de commissions et certains gouvernements (tels ceux du Manitoba et du Québec).

S'il n'existait aucun établissement sanitaire, le processus serait simple. Bien peu douteraient à priori de la supériorité d'un réseau de centres de santé bien répartis, offrant toute une gamme de services, toujours à la disposition de tous, et travaillant en liaison avec les autres services de santé. Et presque personne ne proposerait la simple extension de nos moyens actuel pour surmonter nos difficultés, et la formation d'un plus grand nombre de médecins à l'exercice traditionnel de la médecine. Toutefois, il serait très imprévoyant de démolir ce qui existe pour construire du tout nouveau, ou pour lancer un vaste programme de services supplémentaires, car personne ne sait ce qui est nécessaire, ni ce que l'on serait capable de mener à bien. Ces centres de santé constitueront-ils une panacée qui supprimera le délai, le désordre, le manque d'attention des médecins à l'égard de leurs clients, le coût élevé de soins médicaux, etc., dont on se plaint? Il serait bon de s'en assurer avant d'aller trop loin dans la voie des innovations. On ne pourra d'ailleurs pas appliquer le même remède partout; il faut agir prudemment et graduellement pour obtenir une certaine uniformité dans le cadre provincial.

Chaque région, dans chaque province, offre certainement des caractéristiques qui lui sont propres: qu'elle soit éloignée, rurale, urbaine, ou banlieusarde, ses traits topographiques et démographiques, ses effectifs et ses établissements sanitaires lui sont particuliers. Il faudra donc, avant tout, dresser un inventaire de chaque région, sur lequel on pourra s'appuyer pour décider ce qu'il faut essayer ou réaliser. Jusqu'à présent, ceci n'a été fait que pour certaines régions et de façon fort incomplète²³. On ne peut entreprendre la réalisation d'un plan *global* et rationnel sans disposer d'un inventaire complet, mais par contre on pourrait lancer certaines entreprises-pilotes *locales*. La formation d'un grand nombre de scientifiques s'intéressant au domaine de la santé exige qu'on n'agisse pas de façon timorée. Il est facile de situer les secteurs qui réclament des changements, et il est aisé de mettre au point les détails d'importantes expériences que l'on pourrait y effectuer. La difficulté réside dans l'élaboration, la direction et la corrélation des études à entreprendre *pour déterminer le degré de réussite*.

Nous avons eu accès à plusieurs études sur les états antérieurs et l'établissement d'un réseau médico-hospitalier, et nous en donnons la liste (voir nos 266, 267, 286, 288, 390, 401, 406 de la liste des travaux de recherche). Elles montrent bien l'ampleur du problème que pose l'évaluation d'un réseau sanitaire car de nombreux spécialistes de la santé y participent, et les résultats de ces études ne suffisent pas à étancher la soif de savoir de

ceux qui sont au fait des problèmes à résoudre.

Cependant, aucun essai important ne devrait être réalisé sans son propre programme d'évaluation; mais il s'agit de préciser ce qu'il faut évaluer. Pourrait-on élaborer un modèle mathématique des différents mécanismes que comporte l'essai, et l'exploiter pour trouver les réponses? D'après G. K. Matthew, qui étudie le calcul des besoins et l'évaluation des services, «les scientifiques qui font de la recherche opérationnelle songent à l'élaboration du modèle d'un service entier, qui tiendrait compte des variables complexes; mais il est beaucoup trop tôt pour savoir si de tels modèles sont réalisables et pour s'en servir dans l'évaluation de nouveaux services»²⁴. Cette opinion, valable pour l'Angleterre, s'applique également au Canada. On a entrepris des études sérieuses en ce domaine (voir page 115.); ses possibilités sont inconnues, mais probablement fort grandes. Les techniques ne sont pas au point, et c'est pourquoi il faut se servir des méthodes plus grossières dont on dispose présentement, lesquelles ne sont même pas complètement rodées.

Quand il s'agit de comparer le travail exécuté dans un hôpital ou un centre de santé avec ce qui se fait dans un autre établissement, il est bien difficile de s'écarter des comparaisons habituelles (coût d'occupation d'un lit pendant une journée d'hospitalisation, de la consultation, du séjour du malade, etc.), car personne ne sait comment établir de comparaison plus rigoureuse; les experts s'affairent donc à élaborer des indices simples et sûrs grâce auxquels on pourra effectuer des comparaisons. Les réponses se dégageront au fur et à mesure du perfectionnement des méthodes rudimentaires dont nous disposons actuellement. La résolution des problèmes pratiques y conduira plus sûrement que des cogitations théoriques.

Soins de longue durée

Le tableau n° I indique qu'il existe au Canada de nombreux établissements de soins spéciaux sous des noms divers: unités de soins infirmiers, maisons de convalescence, foyers pour personnes âgées. Les lois qui régissent ces établissements sont appliquées par différents ministères et services publics. Les sources de fonds (malades, municipalités, administrations provinciales et fédérale) varient suivant les genres d'établissements et les provinces.

De même, les méthodes de contrôle de la qualité de leurs services sont loin d'être uniformes, et leurs relations avec les hôpitaux sont pour le moins variables; il n'y a pas de règle. Cependant, l'activité de réorganisation a entraîné, dans plusieurs des provinces, des études, l'élaboration d'une législation, etc., visant à mettre de l'ordre dans le secteur des soins de longue durée. L'Alberta est à la pointe du progrès dans l'organisation de cet aspect du réseau médico-hospitalier; l'administration de la province s'est assurée par contrat les services de près de 55 maisons de soins infirmiers et de 27 hôpitaux auxiliaires, dont beaucoup sont situés sur le terrain même d'hôpitaux pour maladies aiguës. L'ensemble paraît fonctionner parfaitement.

Recherche et essais dans le domaine des soins de longue durée

Nous avons eu connaissance de quelques essais en cours dans le domaine

Tableau n° I – Nombre d'établissements* de soins de longue durée par province et par ministère de tutelle en 1971

Nombre d'établissements (février 1971)		Ministère de tutelle
C.-B.	491	Ministère de la Santé et de l'Assurance-hospitalisation
Alb.	145	Ministère de la Santé (pour les maisons de soins infirmiers) Ministère du Développement social (pour les autres)
Sask.	87	Ministère du Bien-être social
Man.	89	Ministère de la Santé
Ont.	865	Ministère de la Santé (pour les maisons de soins infirmiers) Ministère des services sociaux et familiaux (pour les autres)
Qué	408	Ministère du Bien-être social
N.-B.	92	Ministère de la Santé
N.-É.	98	Ministère de la Santé publique (pour les maisons de soins infirmiers) Ministère du Bien-être social (pour les autres)
Î. P.-É.	10	Commission des services hospitaliers et Ministère du Bien-être social
T.-N.	50	Ministère des Services sociaux et de la Réadaptation
Total	2 335	

*Genres d'établissements: Centres spécialisés, maisons de soins infirmiers, maisons de convalescence et foyers pour personnes âgées.

Source: D^r M. Kozakiewicz, conseiller principal des Services de réadaptation et M. M.B. McKenzie, conseiller en services de bien-être social, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

des soins de longue durée et nous sommes persuadés qu'il en existe beaucoup d'autres. Certains hôpitaux ont mentionné l'existence de services-pilotes de soins à domicile (voir nos 359-370 de la Liste des travaux de recherche) et les infirmières de l'Ordre de Victoria, qui animent certains de ces services, indiquent qu'elles sont engagées dans l'administration de vingt programmes de soins à domicile, dont elles s'efforcent d'évaluer les résultats.

Au *Deer Lodge Hospital* de Winnipeg, on a établi un régime mixte hôpital-domicile; on y soigne des anciens combattants invalides qui ne passent à l'hôpital que le temps nécessaire pour suivre un traitement de réadaptation et pour accorder quelque repos à leur famille.

Maisons de convalescence et de soins infirmiers

Il est évidemment très difficile de placer les malades dans les établissements qui leur conviennent exactement. En deux endroits cependant, ce problème a été résolu. À Ottawa, la Direction des maisons de soins infirmiers et de soins spéciaux du Service social de Carleton a instauré en 1957 un service d'évaluation et de placement qui précise les besoins des malades et leurs capacités physiques, et les dirige vers l'établissement qui convient à leur état. Plus de la moitié des malades qui se trouvent dans les maisons de soins infirmiers d'Ottawa ont bénéficié de ce service. À Hamilton (Ont.), le service d'évaluation et de placement (en maisons de soins de longue durée) du Conseil d'hygiène de la région de Hamilton accomplit la même tâche depuis octobre 1971.

À notre connaissance ces services sont les seuls au Canada. Leur

activité est précieuse, tant pour les malades que pour les établissements de soins, et de plus ils collectent des éléments d'appréciation extrêmement utiles pour l'avenir.

Une unité-pilote de soins gradués est actuellement en cours de rodage à Belleville²⁵, en Ontario. Elle réunit les principaux éléments suivants :

- un hôpital général de 350 lits pour maladies aiguës;
- une aile de l'hôpital, réservée aux convalescents, laquelle comprend actuellement 54 lits; ce nombre sera porté à 104 en septembre 1972;
- une unité-motel de 80 lits à trois quarts de mille de l'hôpital, pour les malades qui peuvent se soigner eux-mêmes, et où les soins infirmiers sont minimaux;
- un service de soins à domicile.

L'orienteur constitue un élément capital de cette unité hospitalière; il s'assure que certains convalescents sont prêts à changer de service, puis il organise leur transfert. Ce mécanisme fonctionne depuis quelques mois et il a suscité beaucoup d'intérêt, car son succès semble assuré.

Il y a donc une certaine activité dans le secteur des soins de longue durée, mais il reste néanmoins beaucoup à faire. Le problème de la coordination entre les divers établissements de soins fait ressortir l'importance des soins de longue durée dans la planification hospitalière, car l'occupation optimale des lits d'hôpitaux dépend de la possibilité de diriger les convalescents vers un établissement adéquat.

Médecine physiothérapeutique (ou physique)

Ayant connu, par nécessité, un certain développement pendant la Seconde Guerre mondiale, la médecine physiothérapeutique a progressé lentement et a produit des effets considérables, bien qu'insuffisants. G. Gingras a souligné que le Canada comptait 95 spécialistes exerçant dans ce domaine en 1970, soit un dixième à peu près du nombre de médecins physiothérapeutes dont le pays a besoin. Il existe un certain nombre de centres de réadaptation de tout premier ordre, dont certains sont autonomes et spécialisés; d'autres dépendent de la Commission des accidents du travail, et beaucoup sont rattachés à des hôpitaux. Mais on pourrait faire plus en coordonnant les efforts fournis par des individus ou un gouvernement au nom d'un groupe particulier de la population. «Les provinces n'ont pas toutes mis en œuvre un programme bien coordonné pour la rééducation de leurs citoyens infirmes. Il est malheureux qu'existe, en certaines provinces, une friction entre les Ministères de la Santé, du Travail et de l'Éducation; bien qu'elle n'ait pas reçu de publicité, c'est un fait qu'elle a suscité plus de mécontentement et d'incoordination que de collaboration²⁶».

Un rapport du Conseil ontarien de la santé²⁷ souligne que :

«La complexité des traitements de réadaptation a entravé la mise sur pied d'un réseau complet de services de réadaptation. Dans le passé, il n'existait aucun cadre organique sur lequel s'appuyer pour évaluer les besoins. Divers organismes, publics ou bénévoles, avaient mis sur pied des services qui répondaient à des besoins particuliers, sans avoir suffisamment examiné la situation dans son ensemble, et les effets possibles de leurs activités. Il en résulta un double emploi des services en certains domaines, des lacunes

dans d'autres, un morcellement administratif qui provoqua des solutions de continuité dans l'administration des soins, un emploi inefficace de la main-d'œuvre et des équipements, et enfin, la croissance du coût des services».

On pourrait résoudre certains de ces problèmes en adoptant le «Concept de programmes» ...

L'organisation des services de réadaptation se présente sous le même jour que celle de la plupart des autres éléments du réseau médico-hospitalier. Mais on n'a pas encore bien saisi l'importance de la médecine physiothérapeutique, et les centres spécialisés luttent pour obtenir droit de cité. Nous insistons pour que l'on accorde la plus grande attention aux services de réadaptation, dans le cadre du réseau sanitaire régional que l'on devra mettre en place.

La régionalisation

Le principe de la régionalisation est la cheville ouvrière de tout réseau médico-hospitalier²⁸, et il n'est pas neuf. Quand le Programme fédéral de subventions à l'hygiène fut mis sur pied en 1948, chaque province dut élaborer le plan directeur d'un réseau rationnel d'installations et services hospitaliers. E.V. Wahn indique que tous les plans s'appuyaient sur le principe de la régionalisation. Il explique que les tentatives de mise en œuvre des plans sous l'aiguillon de pressions fiscales n'ont pas abouti, parce que les planificateurs «... ne se sont pas rendu compte qu'il fallait obtenir la collaboration de ceux qui étaient chargés de la mise à exécution; sans cette collaboration, le plan le mieux imaginé et le plus logique était voué à l'échec»²⁹. De plus, tout plan qui ne répondait pas aux aspirations (à distinguer des besoins) de la collectivité concernée fut immédiatement torpillé par les citoyens désapprouvant le plan, et mécontents que leurs représentants n'eussent pas été consultés.

Participation de l'utilisateur des services

Afin de ne pas répéter cette erreur initiale, tous les plans prévoient maintenant la participation des utilisateurs des services du quartier ou de la région. Le problème n'est pas pour autant résolu. Les gens se méfient de l'enrégimentation et des changements imposés, qu'ils associent à la régionalisation. Cette résistance n'empêche pas l'organisation de régions à l'intérieur des provinces, puisque la plupart de ces dernières ont régionalisé différents secteurs d'activités: l'enseignement, les services sociaux, l'hygiène publique, l'hygiène mentale, les élections, etc. Les limites des diverses régions cependant ne coïncident guère. Il n'y a guère d'obstacles à la régionalisation d'un service isolé relativement autonome, mais il n'en est pas de même quand il s'agit de réseaux englobant des établissements et des services divers. La proposition, raisonnable en théorie, de réorganiser les services publics de la Saskatchewan sur une base régionale commune, est un cas typique. Un projet de loi avait été adopté en 1962, mais les collectivités, indifférentes, n'ont pas profité des avantages qu'il offrait. En Ontario, le plan d'expansion économique régionale qui a été mis en

œuvre en 1966 essuie encore bien des rebuffades.

Il est évident que tout nouveau plan de régionalisation des services de santé exige une préparation minutieuse, et sa mise en œuvre au moment opportun. Aussi bien, toute tentative échouerait, qui rattacherait étroitement les intéressés à leur région. Quelle action peut-on donc entreprendre, et quels avantages peut-on en espérer?

Pourquoi faut-il régionaliser le réseau?

Cette question serait sans objet dans une province relativement peu peuplée, où les services centralisés fonctionneraient parfaitement. Mais la densité de la population et sa répartition irrégulière militent pour la régionalisation du réseau sanitaire.

Les détracteurs de la régionalisation font ressortir la confusion et l'accroissement des dépenses qui ont, ou auraient, résulté là où elle a été effectuée (administration, expansion économique ou enseignement régionaux). Ils font également observer qu'il est illogique de décentraliser les services au moment où l'amélioration des télécommunications, et du traitement et du stockage des données facilitent de plus en plus la centralisation efficace des travaux de planification et de contrôle. Ils insistent aussi sur le manque d'administrateurs compétents et sur les dangers de l'éparpillement des efforts.

Les partisans de la régionalisation prétendent que la participation des éléments locaux est nécessaire à l'élaboration des plans et à leur exécution; certains renseignements indispensables ne peuvent être fournis que par les habitants de la région, qui ne collaboreront effectivement à l'exécution du plan que s'ils ont pris part à son élaboration. Il est impossible qu'un organisme central évalue avec précision les problèmes spécifiques d'une région.

Certains essais en cours sont âprement débattus; la discussion est donc loin d'être close. Nous assistons pour le moment à la naissance d'un hybride mal conçu de centralisation et de régionalisation. La mise en œuvre des régimes d'assurance médicale et d'assurance-hospitalisation a provoqué récemment la croissance rapide des organismes provinciaux de santé. Le développement des organes de recherche et de planification pousse à la centralisation, alors que les ministères de la Santé les plus importants se sont engagés dans la voie de la régionalisation.

Quelques exemples de plans régionaux

1. C'est dans la province de *Québec*, où on a créé, en 1966, le Comité de planification des services de santé de l'Estrie, que la planification régionale a fait le plus de progrès. Cette région offre beaucoup d'avantages: T.J. Boudreau³⁰ souligne son étendue restreinte, sa relative homogénéité (absence de grandes villes et de localités tout à fait isolées), et le sentiment d'appartenance régionale associé à la présence d'un centre hospitalier universitaire. Ajoutons que le projet est animé par un groupe de spécialistes compétents et dévoués, fortement soutenus par l'administration provinciale et l'université. Toutefois, les progrès ont été lents et les efforts de régionalisation n'ont pas porté fruit. En mai 1970, T.J. Boudreau déclarait: «Le développement de notre organisation régionale semble bien lent, si

l'on considère que quatre années lui ont été consacrées. Cependant, nous ne croyons pas qu'il aurait été possible d'agir plus vite, parce que la participation était volontaire et que nous avons procédé par tâtonnements»³¹.

Un an et demi plus tard, le projet en était toujours à la phase pré-paratoire. Cette lenteur ne résulte ni de l'incompétence, ni d'un manque de détermination des animateurs; elle prouve qu'il faut du temps pour effectuer les études indispensables, élaborer les plans, rassembler les intéressés et surtout, les persuader qu'ils feront œuvre utile et avantageuse.

2. En *Ontario*, le principe de la régionalisation a été soutenu par le Conseil ontarien de la santé³², qui a désigné un groupe de travail pour «étudier la situation et faire des recommandations portant sur l'organisation des services sanitaires dans la région de Hamilton».

Ce groupe a remis son rapport en avril 1971, exposant en détail les mesures qu'il faudrait prendre. Jusqu'à présent, ses recommandations n'ont eu aucun effet pratique.

3. En décembre 1971, on a publié un rapport³³ sur une étude effectuée en *Nouvelle-Écosse*, et à laquelle, fait unique, participèrent des représentants de l'État canadien, de l'administration provinciale et des associations médicales et hospitalières de la province; la mise sur pied d'un réseau régional était au nombre des recommandations. La technique employée par le groupe d'étude pour délimiter les régions sanitaires présente un intérêt tout particulier pour notre rapport; elle consiste à dessiner le cheminement des malades vers leurs médecins et vers les hôpitaux, après quoi on découpe les régions afin que la vaste majorité des malades soient traités dans les hôpitaux et par les médecins de leur propre région.

Planification hospitalière à l'échelle régionale

Certains organismes officiels se sont donné pour tâche de grouper les hôpitaux dans un but de planification et d'harmonisation de leurs fonctions. On trouvera, à l'annexe n° 8, une liste de ces groupes hospitaliers. Bien qu'aucun d'entre eux n'ait encore eu le temps de faire ses preuves, certains enseignements se dégagent de leur expérience.

Les difficultés rencontrées

Dans un de ses rapports annuels, le Conseil de planification des services de santé du Grand Toronto relate que depuis sa création, en décembre 1965, il n'a pu mettre en œuvre toutes ses possibilités. À la lecture de ces rapports, on comprend combien il est à la fois malaisé et indispensable d'associer à l'élaboration des décisions, dès le début, toutes les personnes qu'elles intéressent. On saisit également l'importance d'un mandat précis et explicite qui sera compris par tous et respecté par les autorités dont il émane, et on mesure les difficultés qui peuvent surgir quand le mandat n'est pas exclusif ou qu'il est trop limité. Le Conseil signale, dans son troisième rapport, trois éléments qui ont entravé son travail:

- le gouvernement avait confié la planification des centres hospitalo-universitaires de la région à un autre organisme;
- les hôpitaux pouvaient traiter directement avec l'administration provinciale;
- le mandat accordé au Conseil ne s'étendait pas à l'organisation des

établissements de soins de longue durée.

En admettant que ces problèmes soient d'ordre local, et qu'ils soient en voie d'être résolus, d'autres Conseils ont eu à déplorer, eux aussi, l'absence d'un mandat bien précis, le gouvernement ne semblant pas disposé à délimiter les pouvoirs qu'il délègue.

Quelques résultats positifs

Certains organismes signalent des succès remportés dans quelques secteurs difficiles.

Le Conseil de planification hospitalière du Grand Toronto, dans son rapport annuel de 1970, qualifie comme suit les résultats d'une étude entreprise dans un quartier :

«Il n'y a pas l'ombre d'un doute que la méthode concertée de planification est parfaitement utilisable pour obtenir l'unanimité du groupe décisionnaire. On devrait la suivre à l'avenir pour les décisions concernant le Grand Toronto. La méthode autoritaire centrale n'aurait pu rallier l'unanimité obtenue pour répartir, à l'échelle de la région, les lits pour maladies aiguës, les services de diagnostic complexe et de traitement. Il y a eu accord sur de nombreux éléments controversés. On s'est, entre autres, mis d'accord sur les points suivants: 1) le nombre de lits pour maladies aiguës pourrait être réduit de plus de 100 unités par rapport au nombre approuvé à l'origine pour la région par la Commission des services hospitaliers de l'Ontario; 2) deux seulement des quatre hôpitaux pour maladies aiguës devraient être pourvus d'un service complet de pédiatrie; 3) un seul des hôpitaux pour maladies aiguës devrait être pourvu d'installations complètes de neurochirurgie; 4) un seul des hôpitaux pour maladies aiguës devrait être pourvu d'un service complet de psychiatrie; 5) un seul des hôpitaux pour maladies aiguës devrait être pourvu d'un service de réadaptation. De plus, on a conclu qu'il n'était pas indispensable de créer dès maintenant une unité de traitement des grands brûlés, une unité d'épuration extra-rénale, un laboratoire de pneumologie et une unité d'investigation clinique dans l'un quelconque des hôpitaux.

Il est fort peu probable qu'un accord aussi complet aurait pu être obtenu par la méthode de décision centrale. Si l'organisme central de planification avait recommandé de réduire le nombre de lits pour maladies aiguës approuvé précédemment par la Commission des services hospitaliers de l'Ontario, il en aurait résulté une tempête de protestations. Les représentants des hôpitaux, à qui on aurait suggéré de telles réductions, auraient opposé une vigoureuse résistance. L'expérience antérieure dans la même région nous porte à croire que leur résistance aurait été couronnée de succès»³⁴.

Le Conseil hospitalier régional de l'Université Queen's a décidé d'exploiter deux de ses principaux hôpitaux comme une seule unité, et a créé des services spéciaux en vue d'éliminer ou de réduire certains services en double emploi. Les unités de soins de longue durée ont été incluses dans cet ensemble.

À Hamilton, on a fait des progrès considérables dans la coordination des services de traitement des affections respiratoires et rénales, des labora-

toires et des services de soins de longue durée.

Dans l'Estrie, au Québec, on constate que les hôpitaux de plusieurs districts collaborent étroitement.

Services organisés sur une base régionale

Dans beaucoup de provinces, certains services sont déjà organisés sur une base régionale: par exemple l'hygiène publique, le traitement du cancer, et dans une certaine mesure, l'hygiène mentale. Un comité mixte représentant les obstétriciens et les pédiatres a récemment³⁵ suggéré une forme d'organisation régionale, après avoir examiné ce que l'on fait au Canada pour les mères et les nouveau-nés³⁶, et en tenant compte des disparités régionales; cette organisation permettrait:

1° la création de services locaux de santé suffisants, la fourniture de moyens de transports et l'organisation de services de consultation collaborant avec les médecins locaux, pour décider si la cliente doit être traitée sur place ou si elle doit être dirigée vers une unité centrale et spécialisée d'obstétrique et de pédiatrie;

2° la formation de personnel pour les diverses unités régionales;

3° la formation des médecins de famille aux méthodes de détection des grossesses difficiles et aux soins spéciaux à administrer à la future mère;

4° l'instruction de la population de la région sur tout ce qui touche à la maternité et surtout sur l'utilisation des services disponibles;

5° la prise en considération des problèmes de race, de culture, de niveau économique et social, de formation intellectuelle, et l'adoption de mesures adéquates, particulièrement quand il s'agit de populations autochtones;

6° l'établissement d'un système de collecte des données et d'analyse permettant d'améliorer la qualité des soins et leur évaluation;

7° l'évaluation de l'ensemble des soins administrés, particulièrement de la surveillance pendant l'accouchement et après la naissance, et des soins de longue durée aux nouveau-nés ayant subi des traumatismes visibles ou susceptibles d'avoir été traumatisés à la naissance.

Vers la régionalisation

Ainsi que nous l'avons fait remarquer plus haut, la régionalisation des services de santé est encore un sujet très débattu. L'expérience acquise permet cependant d'affirmer que, dans une grande province, la régionalisation des services de santé est indispensable à leur progrès et à leur fonctionnement efficace. Il est évident que tout réseau complet n'offrant aucune option ne serait pas accepté par les Canadiens habitués à une grande liberté dans le choix des services de santé.

Il faut donc commencer la régionalisation avec prudence, s'inspirer des résultats obtenus, et déterminer la contribution possible des autorités locales à la prise des décisions.

On a effectué les premiers pas dans la voie de la régionalisation. Dans certaines provinces, on a déjà tracé des limites obligatoirement élastiques. Le groupement des hôpitaux a constitué une étape décisive, et on y attache une importance extrême. Si les essais actuellement en cours sont couronnés de succès, la suite du projet devrait se dérouler automatiquement. Nous

avons observé des signes encourageants, et sans aucun doute certains nous ont échappé, mais nous avons noté que la coopération n'est pas envisagée avec enthousiasme.

Il est probable que les mécanismes officieux actuels ne suffiraient pas à surmonter toutes les difficultés. Si les conseils d'administration ne peuvent prendre certaines décisions indispensables au progrès, il appartiendra au gouvernement de prendre la situation en main. Son intervention devrait être de moins en moins nécessaire, au fur et à mesure que les conseils acquièrent de l'expérience et se basent sur des données de plus en plus précises et claires. L'action des organes de l'État, mieux informés, sera aussi mieux acceptée. Cet heureux état de choses n'est pas pour demain et, en attendant, il faudra faire face à des situations difficiles d'où on ne pourra sortir sans heurter quelques bonnes volontés.

Tout en assurant la coordination hospitalière (qui devrait comprendre des unités de soins de longue durée), on pourrait créer dans chaque région des services qui n'exigent pas de recherches approfondies ou un grand effort de la part des collectivités. Il faudrait :

1° mieux répartir certaines tâches accomplies par les organismes de l'État ; établir des bureaux régionaux pour résoudre localement les problèmes d'assurance-hospitalisation et d'assurance médicale, et pour servir de quartier général aux activités de planification régionale ;

2° organiser les services d'hygiène publique et de bien-être, d'hygiène mentale, et d'ambulance suivant les mêmes modalités régionales ;

3° établir des programmes d'éducation permanente ;

4° évaluer la qualité des actes médicaux ;

5° créer des services régionaux de consultation. Ces services offrent d'excellentes perspectives. Nous rappelons que les obstétriciens et les pédiatres ont lancé un programme régional de soins aux futures mères et aux nouveau-nés, qui, selon eux, est indispensable pour que les soins soient de qualité satisfaisante. Il pourrait en être de même pour les blessés et, en général, pour tous les cas d'urgence. Peut-être pourrait-on accorder tout autant d'attention à d'autres catégories de malades.

Ces mesures pourraient bien constituer la première étape de la régionalisation, dont elles répandraient l'idée ; elles faciliteraient la coordination de l'activité des hôpitaux, des soins aux malades sur pied, et des services d'archives et de laboratoire.

VI. Le coût des soins et la gestion

Le coût de l'administration des soins

Les renseignements concernant la qualité des services de santé sont peut-être incomplets et très imprécis, mais, par contre, nous connaissons fort bien leur coût, qui est extrêmement élevé. Le Canada n'est pas le seul pays où l'on se préoccupe de la croissance rapide de la part du produit national brut consacrée au soin des malades. Bien d'autres pays, ayant des réseaux médico-hospitaliers très différents du nôtre (tels la Grande-Bretagne, la France, la Suisse, l'U.R.S.S. et les É.-U.) ont noté avec inquiétude la même situation. Tous cherchent des moyens d'augmenter l'efficacité des services de santé et d'en réduire le coût. Le fait que nous ne soyons pas les seuls dans cette galère ne diminue pas la gravité du problème; de même, il n'est guère possible de tirer parti de l'expérience des autres, car si les grands traits des réseaux sanitaires sont similaires, les détails du nôtre sont suffisamment différents pour réclamer des solutions particulières.

L'envergure du problème financier au Canada

Il y a différentes façons d'évaluer cette charge, notamment :

1^o en calculant la proportion du P.N.B. qui est consacrée aux services de santé;

2^o en calculant la proportion du revenu individuel dépensée pour les soins; et

3^o en totalisant les sommes versées pour les soins dans notre pays au cours des années.

Les données suivantes sont fort révélatrices de l'envergure du problème.

Proportion du P.N.B. consacrée aux services sanitaires:

Vers 1955, le Canada consacrait 3 pour cent de son P.N.B. à la santé. En 1969, la proportion atteignait 5.5 pour cent¹.

Proportion du revenu individuel consacrée à la santé

Cette proportion est passée de 4.28 pour cent en 1957 à 6.35 pour cent en 1969, soit un accroissement de 48 pour cent. Les hôpitaux ont absorbé la plus grande partie de cet accroissement, car, si en 1957 les Canadiens dépensaient 2.4 pour cent de leur revenu pour payer les frais hospitaliers, en 1969, cette proportion avait presque doublé. Les accroissements concomitants des honoraires de médecins et de dentistes, et du coût des médicaments, se sont chiffrés respectivement à un tiers, un dixième et un vingtième. Il s'agit là de moyennes nationales. Bien qu'il existe des variations considérables des augmentations constatées dans les différentes provinces et les territoires, la tendance générale est la même, et nous n'étudierons donc pas la situation de chaque province séparément, dans le présent rapport.

Dépenses réelles pour les soins individuels

Même si l'on tient compte de la croissance démographique au cours de la période 1957-1969, et de l'augmentation du nombre des hôpitaux, des médecins et du personnel médical en général, on remarque que l'accroisse-

ment des dépenses consacrées aux soins² a été très considérable. Les dépenses des Canadiens pour les soins sont passées de 1 057 403 000 \$ en 1957 à 3 887 467 000 \$ en 1969, elles ont donc presque quadruplé au cours de cette période de onze ans. Les diverses composantes de ces dépenses n'ont pas augmenté à la même allure. En 1969, les Canadiens consacraient presque quatre fois plus aux services hospitaliers qu'en 1957 (2 475 911 000 \$ au lieu de 587 370 000 \$). De même, les médecins ont reçu environ quatre fois plus en 1969 qu'en 1957 (910 000 000 \$ comparativement à 271 795 000 \$). Dans le cas des honoraires des dentistes et des produits d'ordonnance, l'augmentation a été moins prononcée; en effet ils ont un peu moins que triplé (les dentistes ont reçu 231 450 000 \$ contre 85 008 000 \$ et les pharmaciens ont touché 270 106 000 \$ au lieu de 103 230 000 \$). Le tableau n° II donne le pourcentage de chaque composante.

Tableau n° II – Proportion des dépenses consacrée aux frais d'hôpitaux, aux honoraires de médecins et de dentistes et aux médicaments, en 1957 et en 1969.

	1957 Pourcentage	1969 Pourcentage
Frais d'hôpitaux	56.0	63.7
Honoraires de médecins	26.0	23.4
Honoraires de dentistes	8.1	6.0
Médicaments	9.8	6.9

Source: Ces calculs sont fondés sur des données tirées de la publication intitulée «Coût des soins personnels dans les provinces du Canada», 1957-1969, Recherche et Statistique – Mémoire, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, novembre 1970.

On doit remarquer que les chiffres ci-dessus ne concernent que les dépenses des particuliers. Si l'on y inclut certains frais administratifs et les amortissements de capital, le tableau est modifié comme suit :

Tableau n° III – Proportion des dépenses de santé consacrée aux hôpitaux et aux autres services en 1968.

Pourcentage consacré	Pourcentage
aux hôpitaux	49.3
aux services de santé	6.6
à la gestion de l'assurance-maladie	4.4
aux services dentaires	4.7
aux services médicaux	17.6
aux services d'hygiène publique	5.1
aux médicaments d'ordonnance	5.8
à l'amortissement du capital investi dans les installations hospitalières	6.5

Source: Association médicale canadienne, département d'économique, *Journal de l'Association médicale canadienne*, Vol. 103 (5), 12 septembre 1970.

Cette liste est encore incomplète, car elle ne comprend pas les coûts de fonctionnement des ministères s'occupant de la santé, ni ceux des services d'enseignement et de recherche dans ce domaine.

La hausse des coûts

Bien qu'il soit difficile de calculer avec précision les sommes consacrées à la santé, les données mentionnées ci-dessus indiquent clairement :

1° qu'une part importante du P.N.B. est consacrée au paiement des soins;

2° que ce coût augmente rapidement;

3^o que le fonctionnement des hôpitaux représente la part la plus importante du coût des soins (trois fois plus que n'importe quel autre élément), et que ce sont eux qui croissent le plus rapidement;

4^o que les honoraires des médecins constituent le deuxième élément en importance, et qu'ils croissent rapidement aussi.

L'envergure du problème

Ces chiffres sont certainement impressionnants. Même si l'on tient compte des difficultés de comptabilisation découlant des modifications survenues dans le financement des services de santé au cours des vingt dernières années (c'est-à-dire que la responsabilité de payer les frais médico-hospitaliers est passée de l'individu à l'administration publique), il est évident que ces coûts sont énormes, et qu'ils augmentent si rapidement que les préoccupations des autorités concernées sont fondées.

Les principales questions qu'on se pose sont donc: Combien les Canadiens doivent-ils dépenser pour leur santé, et en ont-ils pour leur argent?

Pour répondre à la première question, nous devons souligner qu'il n'existe aucun fondement scientifique permettant de déterminer les sommes que nous devrions consacrer à la santé. La santé et les soins ne peuvent tout simplement pas s'évaluer en termes pécuniaires. On ne peut effectuer une analyse de rendement quand les avantages ne sont pas mesurables. Il s'ensuit que toute décision à ce propos est arbitraire. Il est intéressant, pour l'examen de cette question, de déterminer la répartition des dépenses du Canadien moyen (voir le tableau n^o IV).

Tableau n^o IV – Régimes de dépenses, toutes familles et personnes seules, Canada, 1969

	Pourcentage
1. Logement, entretien du ménage, ameublement	23.9
2. Alimentation	18.7
3. Impôts personnels	13.5
4. Déplacements et transports	13.1
5. Habillement	8.1
6. Sécurité	4.3
7. Loisirs, lecture	4.0
8. Articles pour fumeurs et alcools	3.8
9. Soins médicaux et de santé (y compris les cotisations d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation)	3.4
10. Dons et contributions	2.7
11. Soins personnels	2.1
12. Dépenses diverses	1.6
13. Éducation	0.9

Source: *Le Quotidien de Statistique Canada*, vendredi 28 janvier 1972, page 5.

Le tableau n^o IV montre que les dépenses médicales (assurance-maladie et assurance-hospitalisation, fournitures médicales, etc.) viennent en bas de liste. Cette répartition est quelque peu faussée, car une partie des impôts personnels contribue à payer les dépenses de santé. Si l'on en tient compte, la proportion de son revenu que le Canadien moyen dépense pour sa santé (voir page 109) est encore inférieure à ce qu'il dépense pour son habillement, et beaucoup plus faible que ce qu'il consacre aux transports. Nous ne nous attarderons pas à un débat futile sur les besoins

prioritaires et sur l'échelle des valeurs de la population, mais nous étudions tout de suite la deuxième question d'importance pratique.

Les Canadiens en ont-ils pour leur argent? Si, comme on le fait souvent, on compare les courbes d'espérance de vie et de mortalité puerpérale et néonatale, lesquelles ont atteint un palier alors que la courbe du coût continue à monter, la réponse paraît bien être négative. Mais comment évaluer les progrès énormes qui ont été réalisés, au cours des dernières années, dans le diagnostic et le traitement des maladies? Il est vrai que ces progrès n'ont guère influencé les courbes de survie, car en général ils ont été réalisés pour des maladies qui, heureusement, n'affectent que peu de personnes; mais on peut affirmer que le sort de nombreux milliers de personnes affligées de maladies diverses est bien meilleur qu'il ne l'était il y a vingt ans. Les avantages sont-ils suffisants pour contrebalancer le premier argument? Ici encore, on bute contre l'impossibilité d'évaluer pécuniairement la santé ou le bien-être. À la suite de cette question, il est nécessaire d'évaluer l'efficacité clinique et administrative de notre système d'administration des soins car, *tant que l'inefficacité et l'extravagance n'auront pas été éliminées, les Canadiens n'obtiendront pas les avantages qui correspondent aux dépenses qu'ils consentent.*

L'efficacité de la gestion

Personne ne pourrait soutenir que le réseau sanitaire canadien est efficace. Nous avons décrit certaines de ses lacunes, telles qu'elles apparaissent aux malades. L'économiste, l'industriel et l'expert-conseil en gestion se montrent beaucoup plus sévères. Ils adressent des critiques particulières à l'hôpital, considérant que son organisation est un vrai labyrinthe. «Lorsqu'un homme d'affaire ou un industriel arrive au conseil d'administration d'un hôpital, il est stupéfait de voir qu'en dépit de la façon dont celui-ci est organisé, il puisse encore être géré»³.

Nous avons demandé l'opinion d'un certain nombre d'experts-conseils en gestion. Voici des lacunes qu'ils ont relevées:

– Les spécialistes de la santé et les administrateurs d'hôpitaux évoluent dans deux mondes différents: les uns s'occupent exclusivement de soigner les malades, les autres de comptabilité et d'économie domestique. Il semble que les administrateurs n'aient pas une connaissance suffisante des principes d'organisation et de gestion, qu'ils prennent leurs décisions avec une lenteur inacceptable, et qu'ils ne manifestent guère d'intérêt pour les problèmes de personnel. Les médecins répugnent à participer aux travaux de planification, et toute tentative d'économie leur paraît extrêmement louche. On a remarqué que les médecins tendent à ralentir toute action administrative concernant les malades.

– Le droit de regard de l'Administration publique sur les dépenses retarde la prise des décisions sur de nombreuses questions importantes, ce qui a pour effet de gêner l'efficacité.

– Les experts estiment que les autorités hospitalières ont l'esprit de clocher, qu'elles résistent aux changements et qu'elles sont incapables de cerner leurs objectifs et de choisir des critères d'évaluation.

– La documentation n'est pas coordonnée au sein des hôpitaux.

Le Groupe d'étude de l'efficacité de la gestion⁴ «note avec inquiétude que personne n'a encore parlé d'utiliser les techniques et les normes de l'administration industrielle pour augmenter la productivité des hôpitaux et tirer le meilleur parti possible de leurs ressources».

Il n'y a rien à ajouter à cette observation. Notre objectif n'est pas d'analyser les lacunes du système, mais de faire le point sur les mesures qui ont été prises pour les combler. Nous avons dans ce but:

- 1) entretenu une correspondance avec les firmes d'experts-conseils en gestion qui ont travaillé dans ce secteur;
- 2) obtenu des renseignements sur les améliorations que les administrateurs d'hôpital cherchent à apporter à leurs techniques de gestion;
- 3) dressé une liste des associations officielles d'hôpitaux;
- 4) dressé une liste des projets de recherche acceptés dans le domaine de la gestion; et
- 5) entrepris une étude sur l'ampleur de l'utilisation des techniques modernes dans le domaine de la santé.

Enquête auprès des firmes d'experts-conseils en gestion⁵

En vue d'évaluer, ne serait-ce qu'indirectement, l'intérêt que les organismes publics, les universités et les hôpitaux accordent à leurs problèmes de gestion, nous avons interrogé des firmes d'experts-conseils canadiennes ainsi que certaines firmes américaines et britanniques. Nous leur avons demandé de nous faire part des études qu'elles avaient faites au Canada, au cours des six dernières années. Vingt-huit firmes de consultants en gestion ont donné des informations sur les travaux qu'elles avaient exécutés dans un ou plus des six domaines désignés du secteur de la santé. Chacune de ces firmes avait effectué d'une à seize études. Les résultats sont consignés dans le tableau n° V. Ils montrent qu'un nombre notable d'études ont été réalisées au cours des dernières années. Un sommaire de l'opinion des consultants figure à la page 111.

Tableau n° V – Nombre d'études effectuées par des experts-conseils en gestion dans le domaine de la santé, classées d'après leur genre.

Études réalisées pour:	Nombre	Genre d'études
les services de santé fédéraux, provinciaux et municipaux	18	organisation interne
les conseils régionaux de santé ou ceux des hôpitaux	9	organisation des installations
les facultés de médecine	5	organisation
les hôpitaux	69	organisation, gestion, planification
les centres sanitaires	9	étude de faisabilité
d'autres organismes	20	divers
Total	130	

Source: Enquête du Conseil des sciences sur les consultants en gestion.

Enquête sur l'activité de recherche dans les hôpitaux

L'Association canadienne des hôpitaux a, par l'intermédiaire de ses associations provinciales, demandé à ses membres de répondre à un questionnaire sur les travaux de recherche et d'innovation entrepris en vue d'améliorer l'administration des soins. Soixante-quinze hôpitaux ont répondu. Le Tableau n° VI indique le nombre de projets entrepris et nous

avons inscrit dans la Liste des travaux de recherche le nom de ceux qu'on qualifie d'études.

Tableau n° VI – Enquête sur le nombre d'études, d'examens et d'innovations entrepris par les hôpitaux des diverses provinces

	nombre d'études*	nombre d'examens†	nombre d'innovations‡ introduites	Projets divers
Colombie-Britannique	28	13	26	2
Alberta	28	6	16	22
Saskatchewan	21	3	18	12
Manitoba	7	4	6	11
Ontario	78	41	193	35
Nouvelle-Écosse	–	1	1	–
Terre-Neuve	1	–	–	4
Québec	2	4	5	–
Total	165	72	265	86

*Étude: évaluation approfondie d'une méthode, permettant la publication d'un rapport.

†Examen: étude moins approfondie d'une méthode.

‡Innovation: nouvelle méthode appliquée dans l'hôpital, qu'elle soit précédée ou non d'études et d'essais.

Source: *Canadian Hospital Association Questionnaire 1971*, envoyé à tous les hôpitaux canadiens à la demande du groupe d'étude des sciences de la santé.

Il nous semble, à l'examen de ces données et des résultats d'enquêtes plus officieuses, que beaucoup d'hôpitaux font de grands efforts pour améliorer leurs services, que ce soit par la recherche ou par des essais. Cependant, il est clair que bien peu d'administrateurs hospitaliers sont au courant de ce qui se passe dans les autres hôpitaux; or, il leur serait fort utile de connaître les recherches administratives qui y sont effectuées. Souvent, certains problèmes de gestion d'apparence minime sont étudiés et résolus sans qu'on estime bon de rédiger un article à leur propos, alors que cette information pourrait se révéler fort utile à d'autres. Nous proposons la création d'une revue pour la communication des résultats des travaux de recherche en gestion hospitalière. Le Journal de l'Association canadienne des hôpitaux pourrait peut-être envisager la possibilité de réserver une section à ce sujet.

Collaboration entre hôpitaux

Collaboration officielle – La planification et l'exploitation en commun, dont nous avons traité précédemment (page 91), permettraient de réduire les dépenses. Nous avons nommé huit associations⁶ qui ont été formées dans ce but. Bien que la collaboration ait fait quelques progrès ici et là, nous estimons qu'en général ceux-ci ont été bien lents. Il semble que la raison primordiale en soit la répugnance des hôpitaux à dissoudre leur individualité au sein de l'association. En outre, on diffère les décisions; personne ne semble ni pouvoir, ni vouloir prendre de décisions. Les administrations publiques paraissent circonspectes et elles cherchent leur voie. Individuellement, les autorités hospitalières ne semblent guère désireuses de changer leurs habitudes, et collectivement, elles paraissent irrésolues, car elles ne sont pas certaines que leurs décisions seraient respectées; les autorités gouvernementales ont en effet rejeté certaines des recommandations de ces associations.

Collaboration officieuse – Nous avons noté un certain nombre de cas de

collaboration officieuse entre hôpitaux, et il semble que cette méthode se répande. Nous mentionnons quelques efforts de collaboration dans le chapitre portant sur l'utilisation des ordinateurs (voir le chapitre VII).

Cette question de la collaboration entre hôpitaux reste posée. On a pris d'importantes mesures, et si les résultats sont minces, c'est peut-être parce que les administrations provinciales semblent incertaines au sujet de la direction à prendre. Pour éclaircir la situation, il faudrait entreprendre, dans chaque région, une étude complète sur les possibilités et le rôle de chaque établissement, et sur les besoins qu'ils réussissent à satisfaire, et établir un plan d'ensemble. Ce processus serait très long. Outre le temps nécessaire pour recueillir l'information et élaborer un plan, il faut également en consacrer à la formation du personnel indispensable. Il semble qu'en plusieurs endroits tels que Sherbrooke, le Grand Toronto et Hamilton, on puisse entreprendre une action efficace. Celle-ci ne pourra être réalisée sans l'appui complet, et même l'insistance de l'administration.

Recherche en gestion

La liste des travaux de recherche (annexe n° 2 du Supplément) mentionne approximativement 250 projets de recherche en gestion. Tous étaient en cours de réalisation pendant notre étude. Bien que cette liste soit incomplète, car un grand nombre d'hôpitaux n'ont pas signalé leurs travaux, elle montre toutefois qu'il existe une activité importante dans le domaine de la recherche au Canada. Cependant, si l'on compare cette activité aux problèmes de gestion à résoudre, on s'aperçoit qu'elle est limitée. Le manque de personnel de recherche compétent est probablement le facteur limitatif le plus important. Lentement, on forme le personnel nécessaire, mais actuellement la pénurie est aiguë. L'analyse des systèmes et la recherche opérationnelle souffrent particulièrement de ce manque du personnel. Il existe quelques groupes de recherche actifs, tel le groupe d'étude des ensembles hospitaliers de l'Université de la Saskatchewan, qui a été formé en 1965; d'autres se trouvent aux premiers stades de leur croissance, tels le Centre d'étude des ressources de l'Université de la Colombie-Britannique, le Département de génie biomédical de l'Université McGill, l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal et le Groupe de recherche opérationnelle de la Commission des services hospitaliers de l'Ontario. Ces groupes effectuent déjà d'importantes recherches. Il faudrait que nous disposions de spécialistes capables d'appliquer les techniques de la recherche opérationnelle à la résolution des problèmes de gestion, de créer et d'étendre les réseaux documentaires et d'évaluer l'équipement médical. La complexité de l'organisation des grands hôpitaux a atteint un point tel qu'il serait opportun de créer un département de génie médical qui emploierait des ingénieurs en sciences biomédicales et des analystes des systèmes.

Outre la pénurie d'ingénieurs en sciences biomédicales, il y a celle de spécialistes en gestion dans le domaine de l'administration des soins. Au cours des années, les postes d'administrateurs hospitaliers ont été lentement occupés par des spécialistes, mais il existe encore assez peu d'administrateurs de premier plan. Il faudrait en former de nombreux autres pour pouvoir réorganiser les services extra-hospitaliers et créer de nouveaux services, tels les centres de santé.

Les économies possibles

Outre les avantages procurés par l'amélioration des techniques de gestion, un certain nombre d'économies peuvent être réalisées autrement. Voici brièvement les principaux moyens d'y parvenir :

Contrôle de la qualité

On pourrait diminuer les cas de traitements inadéquats, le nombre d'opérations, de tests de laboratoire et d'ordonnances médicales inutiles, grâce à la mise en place d'un mécanisme efficace de contrôle de la qualité (par exemple le contrôle des actes médicaux). On pourrait aussi réduire de façon substantielle l'utilisation abusive des hôpitaux (hospitalisation inutile, retard à la sortie).

Rationalisation des paiements

Cette rationalisation permettrait d'éliminer les paiements excédant la valeur des services donnés. Il est indispensable d'étudier les critères de rémunération, pour éliminer les traitements ou les honoraires trop élevés, quel que soit le mode de règlement utilisé.

Organisation

-La coordination du réseau d'hôpitaux, de maisons de convalescence, de centres de réadaptation, de services de soins à domicile, de services d'hygiène publique, de cabinets médicaux et des centres de diagnostic permettrait de réduire l'usage abusif des hôpitaux et le besoin d'hôpitaux pour maladies aiguës. L'économie de temps constituerait un avantage sérieux pour les malades.

-Le groupement des hôpitaux en ensembles fonctionnels devrait leur permettre de faire des économies sur les achats, le lavage du linge, etc., et d'éliminer le double emploi de certains services cliniques.

-Le groupement des praticiens dans des centres médicaux devrait permettre une réduction des frais généraux.

Personnel spécialisé

- L'accroissement du nombre des diplômés de chaque école de médecine permettrait de réduire le nombre d'écoles à créer.

- La formation d'assistantes médicales permettrait de réduire la demande de médecins.

- Une nouvelle répartition des tâches parmi les médecins permettrait de réduire le nombre de spécialistes.

Mesures préventives

On pourrait effectuer des économies considérables en diminuant le nombre des malades grâce à une réduction des accidents, à l'éducation sanitaire et à l'amélioration du logement, de l'alimentation et du milieu ambiant.

Mesures médicales

On pourrait raccourcir la durée de la maladie, et diminuer le nombre d'hospitalisations nécessaires, grâce à l'amélioration des diagnostics et des techniques thérapeutiques.

Que faisons-nous dans ces domaines?

La gestion

Actuellement, les responsables se rendent parfaitement compte de l'importance des problèmes de gestion, et on effectue un certain nombre de travaux de recherche. Néanmoins, il est impossible de calculer les économies réelles qui pourraient être réalisées. Récemment, les hôpitaux ont été soumis à une dure épreuve lorsqu'on a réduit les crédits dont ils disposaient. Les premières réductions touchent généralement l'activité hôtelière de l'hôpital. Quand tous les retranchements possibles ont été faits, on est obligé de réduire les soins donnés. On ne peut pas résoudre ce problème, mais on peut le pallier en partie, en faisant participer plus étroitement les médecins et le personnel infirmier aux décisions prises par l'administration.

Le contrôle de la qualité

C'est le second domaine où l'on pourrait obtenir rapidement une réduction des coûts. On s'occupe activement de mettre au point des méthodes de contrôle de la qualité (voir page 39). Selon nous, il faudrait multiplier ces efforts et les accélérer.

La rationalisation des paiements

Ce problème est étudié par toutes les administrations provinciales et les associations médicales.

L'organisation

On a entrepris le groupement fonctionnel des hôpitaux. Il devrait être possible de calculer les économies réalisables en ce domaine. La coordination n'existe encore qu'à l'échelle locale; au fur et à mesure de son extension on devrait obtenir une réduction des coûts. C'est la raison qu'on a invoquée pour promouvoir la création de centres de santé. Il y a d'excellentes raisons qui justifient la mise en place de ces centres, mais on peut douter que l'une d'elles soit la réduction des coûts.

Le personnel médical

Les écoles de médecine ont accru légèrement le nombre des diplômés qu'elles forment, et on prévoit que cette tendance se maintiendra. Il faudra qu'elles augmentent considérablement le nombre de diplômés qu'elles forment avant qu'on entreprenne la construction de nouvelles écoles. On a timidement commencé à former des assistantes médicales. Il faudrait accroître cet effort.

Les mesures préventives

On a effectué quelques travaux de recherche dans le domaine de la prévention des accidents, mais cet effort est insuffisant face à l'ampleur du problème (voir page 138). La réduction du nombre d'accidents permettrait de réaliser de fortes économies. Les efforts réalisés en éducation sanitaire n'ont apparemment pas donné de résultats (voir page 139). On parle beaucoup du logement, de l'alimentation et du milieu ambiant, et on effectue quelques travaux de recherche (voir par exemple les nos 46-113 de la

Liste des travaux de recherche du Supplément), mais ces efforts ne sont pas encore suffisants.

Les mesures médicales

On effectue de nombreux travaux de recherche et de nombreux essais dans ce domaine.

VII. L'administration des soins et l'informatique

«Prenez garde de perdre la proie pour l'ombre»—Ésope

L'informatique aura certainement une influence profonde sur le fonctionnement du réseau médico-hospitalier. Elle transformera presque tous ses aspects, depuis le contrôle et l'analyse des indications des appareils de diagnostic, jusqu'à la simulation du fonctionnement d'un réseau médico-hospitalier national. Les possibilités de l'informatique sont vastes, mais la tâche à entreprendre l'est aussi. Au cours de la dernière décennie, nous avons eu bien des désappointements coûteux, à cause d'une évaluation beaucoup trop timide des ressources nécessaires à l'adaptation des ordinateurs à ce domaine d'activité très complexe. Cependant, nous réalisons des progrès continus et l'on peut se montrer modérément optimiste.

La gestion des hôpitaux

Administration générale

L'informatique dans le cadre hospitalier est tout d'abord appliquée à l'établissement de la paye, les salaires absorbant 70 pour cent des crédits. Ensuite viennent les autres programmes de gestion, tels ceux de la tenue des comptes débiteurs et créditeurs et de la gestion des stocks. Il est difficile d'évaluer le rendement d'un service de cette nature. Tout le monde connaît quelque erreur monumentale causée par un ordinateur, lors de la mise en route d'un nouveau mode de gestion. Cependant, il existe des sociétés de services qui accomplissent fort bien ce genre de travail et améliorent continuellement leur compétence dans le domaine de la programmation et de l'exécution; après une période de rodage, ces techniques sont plus rapides et plus précises que les méthodes manuelles. La tranquillité d'esprit acquise ainsi par les gestionnaires est très appréciable, surtout dans le cas du paiement des salaires. De plus, on peut mettre rapidement en application toute modification aux contrats conclus avec les syndicats, ou à la réglementation officielle (telle la modification récente de la législation sur l'assurance-chômage) et, dit-on, on le fait plus économiquement qu'on ne le pourrait manuellement. Le problème causé par la rotation rapide du personnel comptable est également réduit; la direction a aussi accès à beaucoup plus de données qu'auparavant. Il est fréquent que l'automatisation de la gestion soit mise en œuvre à la suite d'une enquête détaillée sur les besoins de gestion et sur les dépenses de l'hôpital. Par exemple, de 30 à 40 hôpitaux ontariens ont conclu des contrats avec des sociétés de services informatiques, et la Commission ontarienne des services hospitaliers a collaboré à l'évaluation des coûts et aux mesures prises ultérieurement, et elle signale¹ que l'adoption d'un service informatique procure un gain de rapidité et de précision, mais généralement pas d'économie. La rétribution des sociétés de services varie fortement selon la complexité des programmes utilisés. Les sociétés de services informatiques des États-Unis facturent de 50¢ à \$1.50 par jour d'hospitalisation².

On constate que les hôpitaux d'Amérique du Nord ont tendance à se grouper volontairement pour partager des services informatiques, et particulièrement l'utilisation des programmes de gestion. Voici quelques exemples d'hôpitaux canadiens se partageant de tels services:

- En Colombie-Britannique, quarante-sept hôpitaux sont servis par la *B.C. Hospital Association*.
 - Les hôpitaux de l'Alberta s'occupent de mettre sur pied un groupement similaire pour leur province.
 - Neuf hôpitaux de la Saskatchewan fonctionnent ainsi.
 - Un service comparable pour les petits hôpitaux manitobains est assuré par la *Manitoba Hospital Association*.
 - Neuf hôpitaux universitaires de Toronto utilisent conjointement l'ordinateur du *Hospital for Sick Children*.
 - Huit hôpitaux collaborent dans la région de Hamilton.
 - Vingt-deux hôpitaux du Sud-ouest de l'Ontario élaborent un service collectif.
 - Les quatre hôpitaux universitaires affiliés à l'Université McGill utilisent le bloc informatique de l'Hôpital Royal Victoria.
 - L'Hôpital Notre-Dame fournit des services aux petits hôpitaux de la région montréalaise.
 - Quinze hôpitaux de la région de Sherbrooke travaillent en collaboration.
- Dans un certain nombre de cas mentionnés ci-dessus, le bloc informatique utilisé se trouve à l'extérieur de l'hôpital. Le tableau n° VII donne des précisions sur les hôpitaux canadiens qui disposent d'un bloc informatique interne.

Les programmes de gestion peuvent évoluer imperceptiblement, et devenir des programmes de recherche opérationnelle sur l'administration des soins, ce qui est une nouveauté de grande importance. On effectue ce genre de recherche³ sur presque tous les aspects imaginables du secteur de la santé, depuis les soins infirmiers jusqu'à la gestion des ensembles régionaux. Nombre de ces travaux ont été effectués au Canada⁴. Une analyse d'actions financées actuellement et mentionnées dans la liste des travaux de recherche (annexe n° 2 du Supplément) révèle qu'il existe 37 programmes s'appuyant plus ou moins largement sur la recherche opérationnelle (voir le tableau n° VIII). Certains, mais non tous, utilisent l'informatique.

Tableau n° VII - Hôpitaux disposant d'un bloc informatique interne, tels les blocs numériques universels et les mini-ordinateurs spécialisés

Classification en fonction du nombre de lits	1 à 49		50 à 199		200 à 499		500 et plus	
	hôpitaux	lits	hôpitaux	lits	hôpitaux	lits	hôpitaux	lits
Hôpitaux municipaux	0	0	0	0	0	0	2	1 634
Hôpitaux provinciaux	0	0	0	0	0	0	1	647
Autres hôpitaux	0	0	4	529	0	0	19	16 334
<i>Nombre d'hôpitaux avec ordinateur</i>	0	0	4	529	0	0	22	18 615
Nombre total d'hôpitaux avec ou sans ordinateur	680	15 073	451	45 488	196	58 843	103	94 361

Source: Renseignements fournis par le Groupe d'étude des télécommunications informatiques du ministère des Communications.

Tableau n° VIII – Projets subventionnés en cours de réalisation et comprenant des recherches opérationnelles.

	Nombre de projets	N° du projet (annexe n° 2)
Formation	4	128, 130, 539, 540
Étude de modèles à grande échelle	4	25, 112, 450, 496
Gestion hospitalière	16	472-480, 609, 691, 692, 694, 697, 763
Études sur le service ambulancier	2	537, 538
Service infirmier	3	253, 573, 581
Salles d'opération	6	241, 679, 680, 689, 690, 699
Répartition géographique des entrées à l'hôpital	4	377, 474, 761, 764
Services d'urgence	7	338, 339, 690, 734, 762, 772, 774
Services psychiatriques	2	321, 1 012

Source: Annexe n° 2 du Supplément.

Échelonnement des entrées à l'hôpital

L'une de ces techniques les plus prometteuses est la programmation des entrées et des soins. On admet généralement qu'un échelonnement judicieux des hospitalisations permettrait de réduire les frais de fonctionnement de différentes façons. Cependant, l'expérimentation sur les méthodes hospitalières peut être difficile et coûteuse; c'est pourquoi il est préférable d'exécuter des recherches opérationnelles avant d'entreprendre toute modification importante. Lorsque l'on choisit une technique pour l'étude d'un ensemble hospitalier, les considérations de maniabilité obligent à négliger un certain nombre de facteurs complexes, afin que les problèmes puissent être évoqués sous forme de modèle mathématique. C'est pourquoi la simulation à l'ordinateur est devenue un outil attrayant pour l'étude des problèmes complexes, en ce domaine et dans d'autres. L'ordinateur permet l'introduction de la plupart des détails, fournit une méthode aisée et souple pour établir un lien réaliste entre les divers facteurs, et favorise l'analyse rapide des répercussions des modifications proposées⁵.

Malheureusement, l'élaboration d'un programme de simulation et l'évaluation de sa fiabilité nécessite beaucoup de temps, et c'est ce facteur qu'on sous-estime fréquemment quand on dresse le calendrier d'élaboration des modèles. Cependant, le modèle élaboré permet de réaliser de substantielles économies. Par exemple, Barnoon & Wolfe⁶ ont réalisé la simulation d'un programme d'échelonnement des opérations non urgentes, qui selon eux permettrait d'économiser 30 pour cent des frais d'équipement et de personnel. Il est probable que cette économie ne serait procurée que par le fonctionnement optimal de l'ensemble. Cet échelonnement au moyen de l'ordinateur n'est pas encore très répandu. Cependant, un certain nombre d'hôpitaux canadiens, tel l'hôpital Sainte-Justine à Montréal, travaillent à l'élaboration d'un mécanisme de ce genre; le personnel du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social s'intéresse également au perfectionnement de ces techniques. (Voir les projets 475, 476, 478 et 697 de la Liste des travaux de recherches, Annexe n° 2 du Supplément).

Entrées

On utilise l'ordinateur pour analyser les entrées à l'hôpital. On peut ainsi déduire des données précises concernant les tendances relatives à l'origine des malades, aux lacunes ou aux anomalies en matière de service, etc. Les

membres du personnel du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ont élaboré une méthode informatique, adoptée par un certain nombre de provinces, qui permet d'analyser la répartition des malades (Voir projets 377, 474, 761, 764 mentionnés au tableau n° VIII).

La gestion des ensembles importants

La gestion d'un programme sanitaire provincial et national met en jeu une série déroutante de facteurs en constante variation. Cependant, comme à notre époque les coûts sont d'une importance cruciale, il est nécessaire que les gestionnaires disposent de données très précises sur ces problèmes complexes. La simulation informatique constitue une méthode permettant de les étudier. Cette entreprise, imposante à elle toute seule, a reçu une large attention récemment, particulièrement aux États-Unis. Par exemple, la société GEOMET Inc., du Maryland, a entrepris la réalisation d'un projet ambitieux en vue de simuler le fonctionnement d'un réseau médico-hospitalier aux États-Unis⁷, en réunissant un nombre considérable de données concernant la population, les services sanitaires, les coûts, les frais d'immobilisation, et en tenant compte des divers types de financement des soins médicaux qu'on trouve aux États-Unis.

Comme les systèmes du Canada et des États-Unis diffèrent considérablement, le résultat d'une telle recherche s'appliquerait peut-être mal à notre pays. C'est pourquoi il est indispensable que nos spécialistes réalisent leurs propres enquêtes. Des équipes de Vancouver et de Montréal⁸ s'occupent d'élaborer des programmes de simulation conçus à des fins de gestion des ensembles importants.

Ces modèles tiennent compte des statistiques démographiques et des taux de morbidité, des caractéristiques du réseau médico-hospitalier et des crédits dont ce dernier dispose, et ils fournissent une prospective des services sanitaires possibles en fonction des ressources qu'on leur accorde. Cependant, la priorité qu'on doit accorder au traitement de différents types de maladies, et particulièrement de celles qui sont relativement rares et coûteuses, constitue une difficulté cruciale pour l'étude de tels modèles.

Il est difficile de résoudre le problème de façon satisfaisante. La limitation des ressources nous oblige à l'envisager en face, et à le résoudre par la raison plutôt que par l'intuition. On lui a consacré de nombreuses études et on a fait quelques progrès dans l'élaboration de mécanismes utilisables. Fanshel et Bush⁹ ont publié un compte rendu sur les régimes antérieurs, et présenté leur propre proposition d'indice d'état de santé. Cet indice permettrait aux gestionnaires de qualifier objectivement certains niveaux d'état de santé et, avec le pronostic d'évolution de certaines maladies, il permettrait d'évaluer les qualités relatives des programmes de soins proposés. Ce genre d'évaluation ne fournit pas directement des prévisions de coût; on doit souligner que les mathématiques ne constituent qu'un instrument; elles ne peuvent décharger l'administrateur du souci de la décision, mais elles lui permettent d'être objectif et de garder l'esprit de suite. En outre, comme ces indices découlent d'une évaluation subjective, ils évolueraient en fonction de l'échelle changeante des valeurs sociales.

L'informatique médicale

Dans le domaine de l'informatique médicale, la mise au point de systèmes d'informatique hospitalière dans de nombreux hôpitaux et firmes privées est des plus prometteuses. Certains chercheurs estiment qu'environ 30 pour cent du temps du personnel hospitalier est consacré à la tenue de dossiers. C'est pourquoi il apparaît que l'automatisation de cette tâche serait très avantageuse. Les programmes de gestion, tels que l'établissement des factures, n'offrent guère d'attraits, mais ils constituent la base d'autres programmes intéressant ceux qui s'occupent de soigner les malades. L'identité de ces derniers est précisée habituellement à leur entrée à l'hôpital, et elle est conservée dans un dossier central, de même que d'autres renseignements importants, tels que leur adresse. En général, les données sont recueillies manuellement en plusieurs endroits de l'hôpital, ce qui cause une répétition inutile des efforts¹⁰. La première mesure prise par les informaticiens consiste à créer une mémoire centrale, enregistrant sous une forme standardisée toutes les données complémentaires, telles que le résultat des tests biochimiques et hématologiques, les diagnostics, etc. Si ces données sont rassemblées de façon convenable, elles pourront constituer un élément d'un ensemble régional de dossiers médicaux utilisables pour les besoins de l'administration des soins, de la recherche et de la gestion.

De nombreux chercheurs ont souligné l'importance d'une telle documentation informatique, recueillie peu à peu pour éviter de graves difficultés. Malheureusement, cette approche parcellaire gênera les praticiens hospitaliers qui seront parmi les derniers à en bénéficier. La mise en place d'un tel système permettrait cependant d'accroître l'exactitude et la lisibilité des dossiers, et de réduire le temps que le personnel consacre à leur mise à jour; ce qui est encore plus important, elle permettrait de rassembler une masse de données sous une forme aisément accessible aux praticiens. Un certain nombre de sociétés privées des États-Unis, pressentant des possibilités commerciales intéressantes, s'occupent de mettre au point des systèmes informatiques, lesquels se trouvent à divers stades de réalisation. Une douzaine d'entre elles s'occupent de cette mise au point et de la location de blocs informatiques aux hôpitaux. Le nom des principales firmes figure dans une enquête effectuée par la *Minnesota Hospital Association*¹¹. Divers hôpitaux des États-Unis s'occupent également d'élaborer de tels systèmes, tout comme l'Hôpital Karolinska en Suède.

Au Canada, ces travaux de mise au point ont été exécutés avec célérité par plusieurs hôpitaux; les responsables ont surveillé l'évolution des divers systèmes; ils se sont renseignés sur les erreurs des autres chercheurs et se sont servis d'un ensemble de programmes originaux, empruntés ou remaniés. Par exemple, le *Toronto Hospital for Sick Children* possède un programme d'envergure englobant des sous-programmes de gestion, d'informatique médicale, d'informatique scientifique et de statistiques biologiques¹². Cet hôpital perfectionne son bloc informatique par étapes, et celui-ci comprend actuellement des terminaux à écran cathodique dans les services d'accueil, d'archives et de diagnostic, lesquels contribuent à l'élaboration des dossiers. L'hôpital n'a pas encore installé de terminaux dans les services d'infirmier, la méthode de communication de l'informa-

tion étant encore à l'étude. L'Hôpital Royal Victoria de Montréal, l'Hôpital général de Winnipeg et l'Hôpital municipal d'Ottawa sont munis de blocs informatiques à divers stades d'évolution¹³. D'autres projets mentionnés à l'annexe n° 2, sous les n°s 487-500 de la Liste de travaux de recherche, concernent les blocs d'informatique hospitalière et médicale.

Le rapport coût/efficacité

Il faut du temps pour mettre au point ces systèmes informatiques, et surtout pour les faire accepter par les utilisateurs. Le coût d'exploitation d'un bloc d'informatique hospitalière polyvalent peut atteindre un million de dollars par an, et il faut attendre plusieurs années avant que des avantages importants découlent de son emploi. Aux États-Unis, un hôpital de plus de deux cents lits peut louer un bloc informatique médical très complet pour environ neuf dollars par journée d'hospitalisation¹⁴. On n'a pas encore établi quelle serait la réduction du coût de la journée d'hospitalisation qui découlerait de l'emploi d'un tel bloc informatique, mais une étude à cette fin est en cours au *Baptist Hospital* de Beaumont, Texas et au *St. Francis Hospital* de Peoria en Illinois. On devrait suivre cette expérience avec attention.

On ne doit pas attendre des résultats exceptionnels d'une étude du rendement, à cause de la complexité des problèmes rencontrés. Ces résultats découlent d'une difficile comparaison entre le coût et l'efficacité d'une nouvelle méthode informatique, et le coût et l'efficacité de l'ancienne méthode manuelle, si l'on continuait à l'utiliser. Dans le cas où l'utilisation de la méthode informatique ne réduirait pas les coûts, mais accroîtrait l'efficacité des opérations, le coût nécessaire à un accroissement semblable de l'efficacité de la méthode manuelle serait déterminant et sujet à controverses. De même, certains avantages devraient découler de l'analyse des méthodes précédant l'installation d'un bloc informatique, et il serait difficile de les préciser. L'évolution des techniques médicales et de la réglementation administrative pourrait également embrouiller le tableau.

Une douzaine de sociétés américaines s'occupant de mettre au point des systèmes informatiques proposeront bientôt des contrats de location des appareils à des hôpitaux canadiens; ceux-ci devront choisir entre cette location et l'élaboration de leurs propres systèmes. Dans l'un et l'autre cas, cette décision entraînera une forte sortie d'argent, et pour compliquer les choses, on continuera à perfectionner ces appareils.

Le besoin de centres de spécialisation

Il faut continuer à soutenir financièrement quelques centres de spécialisation en ce domaine, pour nous maintenir à l'avant-garde de la technologie. Il serait extrêmement coûteux de répéter inutilement les travaux; de plus, les experts sont peu nombreux.

Même si les ensembles informatiques remplissent leurs promesses, nous aurons encore à généraliser leur emploi, et on ne peut y parvenir qu'en prouvant clairement les avantages de leur utilisation. Un de ces avantages éventuels est l'économie résultant de la réduction du personnel; mais il est surtout possible que ces services s'améliorent plus rapidement que leur coût ne s'accroît.

Les laboratoires automatisés

La création de laboratoires de diagnostic automatique offre également des perspectives intéressantes pour l'informatique hospitalière. La précision des travaux de laboratoire varie considérablement, et dans certains cas extrêmes elle peut causer quelque préoccupation¹⁵. Il existe de nombreuses sources d'erreur. L'existence même d'un laboratoire automatisé ne supprime pas les possibilités d'erreur administrative ou technique lors de l'identification d'un échantillon. Le centre hospitalo-universitaire de Sherbrooke met en œuvre une modification de méthode qui pourrait éliminer ce genre d'erreurs. Elle consiste à annexer un numéro à l'échantillon prélevé sur le malade alité (annexe n° 2 du Supplément, n° 532 de la Liste des travaux de recherches). Si ce numéro est mécanolisible, l'ordinateur du laboratoire automatisé détermine aisément l'identité du malade. La plupart des grands hôpitaux canadiens disposent d'appareils d'analyse automatique, dont certains sont munis d'un mini-ordinateur spécialisé (Voir l'annexe n° 6). Les techniques évoluent en ce domaine comme dans tous les autres secteurs de l'informatique (annexe n° 2 du Supplément, nos 532-536 de la Liste des travaux de recherches).

L'anamnèse

Normalement, le médecin consacre une partie considérable de son temps à déterminer les antécédents de ses malades. En raison du manque de temps, cette information est souvent incomplète. Pour pallier ce problème, K. Brodman et ses collègues de l'Université Cornell ont mis au point l'indice médical Cornell, au cours des années 1940¹⁶. Selon cette méthode, le malade remplit un questionnaire de quatre pages avant l'entrevue avec le médecin.

Au fur et à mesure que les ordinateurs se sont répandus, on a modifié le processus d'interrogation du malade pour l'adapter à l'informatique; Collen, Slack et Mayne ont élaboré diverses méthodes dans ce but¹⁷. Les questionnaires comprennent ordinairement plusieurs centaines de questions, et il faut de trente à soixante minutes pour les remplir. D'autres ont une structure arborescente. Un questionnaire mis au point par Simmons utilise les services d'un ordinateur à traitement direct, et des dispositifs audio-visuels pour aider le malade. Ce dernier est accueilli par une réceptionniste; on le fait asseoir devant un pupitre de commande et on lui donne des directives sur son emploi. Une série de questions logiques lui permet de préciser la partie de son corps qui le fait souffrir, et la nature des symptômes qu'il ressent.

I.F. Kanner a réalisé un progrès intéressant dans une autre direction¹⁸. Observant qu'il est difficile d'établir le contact entre un malade et un ordinateur, il a mis au point une méthode basée sur l'utilisation d'une machine à écrire Selectric, connectée à une mémoire à bande magnétique.

Le Dr Gerald Séguin, de Plantagenet (Ontario), a créé une méthode d'anamnèse automatique. Il s'est procuré un ordinateur PDP 12 pour ce travail, et se sert dans son bureau d'un programme MMPI de la clinique Mayo pour le diagnostic des maladies psychologiques et psychiatriques.

Le questionnaire comprend environ 600 questions¹⁹. En général, ces méthodes ont l'avantage d'économiser le temps du médecin, qui peut ainsi se concentrer sur la vérification des données, obtenues plus facilement par une machine que par une personne. Cependant, ces méthodes ne sont pas très répandues.

Le profil biomédical

Ce type d'examen consiste à soumettre le malade à une série normale de tests et d'analyses en un seul jour, au même endroit, en un lieu conçu à cette fin. On soutient que ce genre d'examen offre les avantages suivants :

- une collecte plus rapide des données ;
- il est plus facile et moins coûteux pour le malade de subir ces tests en un seul endroit ;
- l'analyse est plus complète, et
- les dérèglements sont décelés plus rapidement.

Cette technique a été mise en œuvre par le groupe Kaiser-Permanente au cours des années 1950, et elle a été automatisée en 1964²⁰. Les laboratoires de cette société à Oakland traitent maintenant 2 000 dossiers par mois, concernant des clients nouveaux ou anciens et des personnes ne cotisant pas au régime d'assurance, mais dont le médecin a transmis le dossier. Les tests recueillis comprennent l'électrocardiogramme, les mesures somatiques, le cliché de radiographie pulmonaire, le cliché de mammographie, le taux de glucose, la pression artérielle, les résultats d'un examen de la vue, les mesures de tonus intra-oculaire et la photographie de la rétine, le résultat de la percussion du tendon d'Achille, les mesures de la capacité respiratoire, les essais de perception auditive, le questionnaire médical rempli par le malade, divers tests sanguins, l'analyse d'urine, le profil psychologique et les résultats d'un examen facultatif du côlon iléo-pelvien et de l'appareil génital.

Les résultats de ces tests sont introduits dans un ordinateur qui les compare aux limites normales indiquées par le programme, lequel se base sur des directives enregistrées pour demander des essais complémentaires et établir le moment favorable au test suivant. Si l'ordinateur détecte un dérèglement sérieux, il suggère que le malade voie son médecin le plus tôt possible. Une entrevue entre le malade et un interniste complète la série des tests.

En général, les critiques de ce profil biomédical soutiennent que la plus grande partie de ces tests sont vains, qu'ils ne détectent que bien peu de dérèglements qui n'apparaissent pas autrement, que leur détection hâtive n'a guère de retentissement sur l'issue de la plupart des maladies, mais qu'elle a simplement pour effet de faire perdre du temps aux médecins interrogés par leurs clients inquiets (voir page 141). Les spécialistes de la société Kaiser-Permanente admettent sans détour qu'ils n'ont pas de réponse scientifique à une telle critique, et qu'on peut fort bien soutenir que leur méthode est inefficace. Cependant, ils estiment apparemment qu'elle a des mérites, puisqu'ils continuent à l'utiliser largement.

Heuristique médicale

H.L. Dunn, dans son ouvrage, donne une définition de cette heuristique médicale qui est la compilation du dossier médical cumulatif d'un individu.

«Toute personne sur terre passe par une série d'événements biologiques. Celle-ci s'ouvre à la naissance et se conclut avec la mort. Les principaux événements de la vie en constituent les étapes. L'heuristique médicale (record linkage) consiste à établir l'enchaînement de ces événements, constituant ainsi l'histoire biologique de la personne concernée»²¹.

Ce processus laborieux d'enchaînement des événements biologiques permet de découvrir des indices sur les causes et les effets dans le domaine de l'administration des soins. Par exemple, les statistiques des sorties d'hôpital nous offrent une certaine quantité de renseignements sur les traitements subis par le malade et son état à la sortie. Cependant, qu'arrive-t-il à celui-ci au cours des années ultérieures? À moins de faire un effort spécial dans ce sens, on ne recueillera probablement jamais de données valables.

Wilson²² mentionne une étude réalisée par Acheson, laquelle prouve que les hôpitaux ignorent 40 pour cent des décès qui se produisent ailleurs que chez eux, dans les douze mois de la sortie du malade. Il semble qu'une analyse de ces données permettrait d'évaluer l'efficacité du traitement reçu.

L'étude des défauts congénitaux nécessite un autre type d'heuristique médicale. Ce travail est particulièrement difficile, car ici l'analyste n'étudie pas seulement un individu (le bébé), mais également ses père et mère et, si possible, ses ancêtres, ses frères et ses sœurs. H.B. Newcombe, de Chalk River (Ontario), analysant les statistiques des enfants et adultes infirmes de la Colombie-Britannique, a effectué un travail considérable dans ce domaine. Il a montré, par exemple, que: «Après la naissance d'un enfant mort-né, le risque que sa mère donne naissance à un autre enfant mort-né, ou qui vivra peu, ou qui souffrira d'infirmité visible, est plus que doublé. S'il y a déjà eu deux naissances d'enfants mort-nés, ce risque est quintuplé et affecte un enfant sur trois»²³. (Voir les projets canadiens aux nos 523, 526 et 822 de la Liste des travaux de recherches, annexe 2 du Supplément).

L'identification précise de l'individu et de ses parents constitue une pierre d'achoppement pour le travail d'heuristique médicale. Les changements de prénoms ou de noms de famille et l'adoption du nom du mari peuvent compliquer encore la situation. L'utilisation d'un numéro d'identification universel résoudrait la plupart de ces problèmes et de nombreuses autorités en ont recommandé l'adoption.

Le Conseil des recherches médicales du Canada a indiqué le genre d'études qu'on pourrait entreprendre grâce à l'heuristique médicale²⁴. La liste ci-dessous s'en inspire en grande partie.

Caractéristiques morbifiques du milieu ambiant

- les facteurs socio-économiques nuisibles;
- les maladies virales de la femme enceinte;
- les circonstances difficiles de l'accouchement et ses séquelles;

- les facteurs néfastes de l'environnement ;
- la sélection de groupes-témoins pour l'analyse subséquente ;
- l'emploi de stupéfiants, et
- les mauvaises habitudes alimentaires ou sanitaires.

Maladies causées par des gènes morbifiques:

- les maladies héréditaires ;
- les mutations chromosomiques ;
- les facteurs déclenchant la maladie (par exemple, le diabète, la sclérose en plaques, la chorée héréditaire) ; et
- l'étude des jumeaux univitellins pour la détermination des facteurs génétiques des maladies.

Modifications démographiques:

- la diminution du taux de fécondité ;
- les effets des conditions familiales sur la fécondité, et
- l'influence d'une grossesse pré-nuptiale sur le divorce ultérieur.

État de santé de la population:

- le nombre de personnes souffrant d'une affection donnée ;
- le risque de contracter une maladie à un âge déterminé ;
- le taux de seconde hospitalisation ;
- le taux de seconde opération chirurgicale ;
- l'évolution des maladies chroniques, et
- l'effet des conditions familiales sur l'évolution des maladies.

L'heuristique médicale a également de l'importance au point de vue gestion. Les administrations fédérale et provinciales recueillent et conservent un nombre considérable de données sur les naissances, les décès, les mariages, etc., en vue de déterminer l'admissibilité de certaines personnes aux pensions, allocations familiales, etc.; elles effectuent régulièrement de multiples compilations de dossiers par des méthodes manuelles.

Il est évident qu'il faudrait enregistrer le plus possible de données médicales, sociales et personnelles sous forme mécanisable, et les identifier de manière à faciliter leur compilation. On n'a pas besoin de souligner les avantages de l'attribution d'un numéro d'identification à chaque personne dès sa naissance, comme on le fait en Suède.

Le rapport du Conseil des recherches médicales²⁵ évalue comme suit la masse d'informations recueillies chaque année au Canada :

- données d'état civil: 1 million;
- sorties d'hôpital: 4 millions;
- contacts avec le réseau médico-hospitalier: 40 millions.

De plus, l'accumulation pendant dix ans des enregistrements de ces événements constituerait une masse informatique d'un téraoctet (10^{12} bits), qui occuperait environ 80 pieds cubes de bande magnétique. Ces bandes sont d'accès lent. Cependant, on s'occupe de mettre au point des mémoires de masse à accès plus rapide, telles que l'UNICON 690 à laser, utilisé dans l'Illiack IV, et dont la capacité est d'un téraoctet. Il sera donc bientôt techniquement possible de stocker toute cette information dans une mémoire à accès rapide si la chose s'avère souhaitable.

Bien que l'heuristique médicale ne puisse prouver l'existence d'un rapport de causalité entre un événement et un autre, elle peut donner des indications utiles pour étayer certaines hypothèses, permettant d'orienter la recherche en sciences biologiques. C'est pourquoi il est désirable d'encourager ces travaux. La création d'un fichier médical régional constituerait une mesure indispensable. Nous l'étudierons ci-dessous.

Le fichier médical régional

On effectue de nombreux travaux de R & D sur les problèmes de stockage et de saisie des données médicales, ainsi que sur le contenu des dossiers médicaux. La liste des travaux de recherche énumère les projets canadiens subventionnés (n^{os} 501 à 521, annexe 2 du Supplément) en cours de réalisation. Plusieurs de ceux-ci visent à la mise au point d'un bloc informatique, mais deux seulement s'occupent de l'élaboration d'un fichier régional (n^{os} 515 et 519). Mentionnons les avantages considérables qu'offrirait la réalisation de tels fichiers informatiques :

- l'obtention rapide des données médicales et des antécédents du malade;
- l'utilisation d'un dossier lisible et bien constitué;
- la communication rapide de l'information d'un établissement à l'autre; et
- l'accès facile à la base de données pour les travaux de recherche et de gestion.

Voici certaines des importantes difficultés à surmonter pour réaliser cette entreprise :

- il est nécessaire d'identifier le malade en se servant de son nom ou d'un numéro, mais de préférence en utilisant ces deux données;
- il faut stocker d'énormes quantités d'informations dans des mémoires à vaste capacité et à faible coût de façon à permettre leur saisie rapide;
- il faut sélectionner l'information utile à introduire dans la mémoire, et décider du moment où il faudra l'en retrancher;
- il faut mettre en œuvre des techniques permettant d'éliminer les erreurs au fur et à mesure que les données sont introduites dans le bloc informatique;
- il faut assurer la confidentialité des données médicales enregistrées dans la banque des données;
- il faut assurer la saisie rapide de l'information dans des buts statistiques, sans que soit dévoilée l'identité des malades;
- il faut assurer la saisie rapide de l'information, tout en fournissant un texte directement compréhensible pour le médecin prenant connaissance d'un dossier individuel; et
- il faut normaliser la terminologie médicale.

Le Conseil ontarien de la santé ²⁵ a longuement étudié ces problèmes et quelques équipes les analysent actuellement, en fonction des besoins de la programmation. On leur a donné des solutions convenables grâce à un effort coûteux en matériel informatique, en analyse et en programmation. Il y a, dans le monde, plusieurs réalisations de ce type qui sont financées en tant que programmes de recherches, mais elles sont destinées à devenir des

blocs complets, pratiques et opérationnels. Le bloc *Kaiser-Permanente*, d'Oakland en Californie²⁶, recueille des données concernant 1.3 million de personnes, dont la plupart cotisent au régime d'assurance-maladie de Kaiser-Permanente. Ce bloc informatique fonctionne partiellement à l'heure actuelle; les données sont stockées sous forme codée, mais le mécanisme d'affichage en clair n'est pas complet. Les techniciens ont consacré environ 50 années de travail à la mise au point de cette programmation, et les médecins et analystes concernés lui ont donné à peu près autant de leur temps. On a installé récemment un ordinateur IBM 370-155, muni de huit chargeurs de disques 3330; il constitue l'élément central d'un réseau qui stockera environ 1.6 milliard de caractères. L'extraction des données des disques s'effectue en 0.03 seconde, qu'il s'agisse du dossier d'un malade ou d'une analyse statistique. Le stockage sur disques constitue, estime-t-on, une solution intérimaire, et il coûte à lui seul environ 12¢ par année de malade.

Le fichier régional de l'*Hôpital Danderyd* contient des données concernant 1.4 million de personnes résidant dans la région du Grand Stockholm. Ce fichier a été commencé en 1967; il fonctionne partiellement, et il a pour but de fournir des données socio-économiques de même que médicales²⁷. On signale que le fichier coûte 1.5 million de dollars par an, et que les immobilisations pour le matériel ont atteint 3 millions de dollars²⁸. Si l'on trouve que ces chiffres sont élevés, on ferait bien de les comparer à une évaluation, établie par Lindberg²⁹ du coût d'un fichier national: sa création coûterait de 35 à 50 millions de dollars et son exploitation exigerait 3 millions par an. La mise en place du fichier Danderyd a été fortement facilitée par des mesures prises antérieurement:

- tous les Suédois pouvaient être identifiés de façon unique par un numéro officiel de 10 chiffres;
- on avait collecté pendant quelques années des données sur le traitement des malades hospitalisés et non hospitalisés de la région de Stockholm;
- le bureau du recensement et de la fiscalité de l'État a créé un registre démographique central, grâce aux données recueillies précédemment sur bande magnétique. La communication de ces données a permis de constituer les bases du fichier.

Le projet en cours de réalisation à *Sherbrooke (Qué.)* est financé par l'administration fédérale, et il vise à prouver la praticabilité d'un fichier régional (n° 515 de la Liste des travaux de recherches, annexe 2 du Supplément). L'exploitation sera faite avec un ordinateur UNIVAC 1106 qui sera livré en juin 1972, et qui devrait fonctionner en 1973. Il contiendra éventuellement des données concernant les 600 000 personnes de la région de Sherbrooke. Actuellement, 98 000 dossiers sont enregistrés. On espère que cette information servira également aux services de gestion, sans porter atteinte au secret médical.

Le stockage de l'information s'effectuera à deux niveaux: premièrement, sur les disques qui donnent un accès à l'information en une fraction de seconde, pour les données médicales urgentes; deuxièmement, sur bande magnétique, où le temps d'accès atteint des heures, pour les données médicales dont la saisie n'est pas urgente. La capacité de la mémoire sur disques du

bloc informatique de Sherbrooke sera, tout au moins initialement, le dixième de celle du fichier Kaiser-Permanente.

Un trait intéressant du bloc informatique de Sherbrooke est le codage SNOP (nomenclature pathologique méthodique) des données de diagnostic. Ce codage a été mis au point par l'Institut national de la santé, à Bethesda (Maryland). Les chercheurs de Sherbrooke collaborent avec cet Institut pour la programmation du bloc à l'aide du vocabulaire médical français, afin qu'il soit possible de coder de l'anglais en langage SNOP, et de saisir l'information en français ou vice-versa. Cependant, ce bloc SNOP n'enregistre que des données diagnostiques, et il existe dans les dossiers un grand nombre d'autres données touchant les infirmités, le nom des tests, leurs résultats et leur interprétation, qui devront être traduites.

Le Conseil ontarien de la santé a récemment publié un rapport qui examine les difficultés d'établissement des fichiers régionaux³⁰. Cependant, aucun fait nouveau ne s'était produit jusqu'au moment de la rédaction du présent rapport.

On pose souvent la question de la taille optimale des fichiers régionaux. Si l'on utilise du matériel tel que celui du fichier Kaiser-Permanente, il semble qu'il n'y ait guère de difficulté à inclure une population de plusieurs millions de personnes, pourvu qu'on puisse louer des mémoires périphériques. Les frais de télécommunications peuvent être assez élevés: c'est pourquoi la taille optimale d'un fichier régional dépend plus de la densité de la population que de son importance absolue. Cependant, comme la structure d'un fichier dépend directement de facteurs tels que la répartition et l'importance de la population, du cadre géographique, des limites provinciales, de l'état d'avancement des techniques et du coût des services d'informatique et de télécommunications, il est préférable de mener à bien une étude de faisabilité dans chaque province ou région, et de choisir le moment opportun de mise en œuvre.

On remarque qu'une forte proportion des blocs informatiques sanitaires des diverses provinces sont utilisés par les services publics pour effectuer le règlement des frais de soins hospitaliers et médicaux. En outre, ces services tiennent à jour un type particulier de dossiers médicaux. C'est pourquoi on a proposé d'utiliser ces blocs informatiques pour la création des fichiers régionaux dans certaines parties du pays. Si l'on suivait cette proposition, il faudrait changer la nature des renseignements recueillis, pour qu'ils traitent plus directement des problèmes médicaux. Il faudrait raccourcir le temps d'accès aux données et, ce qui est peut-être plus important, il faudrait que ces installations visent plus à offrir des services qu'à administrer les assurances. Seule la réalisation d'une étude de faisabilité à ce sujet révélerait si cette transformation est réalisable et avantageuse.

On estime que les nombreux avantages d'un fichier médical régional militeront avec succès pour sa création. Cependant, il faudra s'assurer que l'on respecte en tout temps le caractère confidentiel des données individuelles obtenues. Les constructeurs sont parfaitement conscients de ce problème, et les décisionnaires chargés d'élaborer et d'appliquer la réglementation concernant les fichiers informatiques devraient en tenir compte.

Le rapport du Conseil ontarien de la santé, mentionné antérieurement,

examine en détail le problème du secret médical, et le besoin de prendre les mesures protectrices nécessaires. Par exemple, il faudrait créer un organisme pouvant autoriser l'accès à l'information, sans avoir ce droit lui-même. Comme les données recueillies, tels les noms, adresses, etc. pourraient servir à de nombreuses utilisations administratives dans le domaine de la santé et du bien-être social et celui de la planification régionale, la nécessité d'un tel organisme est évidente. On a proposé de créer une société de la Couronne pour accomplir cette fonction; on estime que son statut lui permettrait de se tenir à l'écart, ostensiblement et effectivement, des pressions des groupes politiques ou privés et des tentations que pourraient offrir des gens sans scrupule. En principe, les banques centrales de données devraient être régies par une réglementation rigide, en vue de séparer définitivement les deux fonctions de service et d'application de la réglementation, afin d'empêcher que le fichier ne devienne impopulaire et, finalement, inutilisable.

On a souvent remarqué que la résolution d'un problème entraîne souvent une séquelle d'autres problèmes. L'utilisation des ordinateurs pour le stockage et la saisie des données médicales et sociologiques constitue une innovation majeure, qui aura peut-être des répercussions considérables au sein de notre société. Il est difficile de prévoir quelles seront ces répercussions, tout comme il aurait été difficile de prévoir, en 1920, l'influence des automobiles sur notre mode de vie. C'est pourquoi il nous faut associer une certaine prudence à la hardiesse pour la mise en œuvre de ces méthodes.

La R & D en matière d'application médicale de l'informatique

La recherche sur les applications des ordinateurs se développe rapidement, et il est souvent difficile de distinguer entre R & D et application. Cependant, les domaines suivants se rangent principalement sous la rubrique de la recherche. L'analyse rapide des indications fournies par divers appareils de diagnostic a constitué une véritable percée dans les sciences médicales, après la Seconde guerre mondiale. On se sert généralement d'un petit ordinateur, tel que le PDP-8, qui accepte des signaux analogiques, les convertit en données numériques et les analyse sous cette forme. Ce genre de traitement combiné multiplie les avantages du matériel de diagnostic et de l'ordinateur. Ensemble, ils peuvent accomplir immédiatement plus que la somme de leurs réalisations séparées. La rapidité et la précision de l'ordinateur permettent d'analyser des données transitoires recueillies au cours d'une opération où le malade court des risques considérables. La rapidité de l'analyse permet fréquemment la répétition rapide du test dans des conditions légèrement différentes, jusqu'à ce que le diagnostic soit complet ou que les conditions optimales soient atteintes. En outre, comme on peut analyser des signaux transitoires de façon approfondie, il est possible de mettre au point de nouvelles méthodes pour recueillir des données physiologiques; auparavant, cette collecte nécessitait des interventions qui gênaient le malade ou mettaient sa vie en danger.

Ce domaine de R & D en croissance rapide mérite d'être financé en permanence. Il faudrait également créer un service d'analyse des articles, soit dans le cadre canadien, soit dans le cadre mondial, afin que les cher-

cheurs et les organismes subventionnaires soient tenus au courant des nouvelles réalisations, au sujet desquelles on ne publie des renseignements que tardivement, ou pas du tout.

La surveillance des malades et les soins intensifs

La surveillance des malades dans les services de soins intensifs constitue une autre application des mini-ordinateurs. La première étape de cette utilisation consiste dans le simple affichage des indications de fonctionnement des organes vitaux. Le deuxième est le déclenchement d'un signal d'alarme, quand ce fonctionnement devient anormal. L'étape suivante consiste à extraire sans délai des informations importantes des données médicales brutes, grâce aux techniques rapides de l'informatique. L'étape finale, plus difficile, consiste à compléter ce cycle médical par l'administration automatique d'un produit pharmaceutique, par exemple pour maintenir au niveau d'activité désiré un organe vital du malade. Actuellement, ces applications sont encore rares.

L'aide au diagnostic

Comment considérer l'interprétation des données diagnostiques recueillies? Les ordinateurs peuvent-ils réellement aider le clinicien à établir ses diagnostics, ou déterminer la nature du test à réaliser? De nombreux chercheurs estiment que cette utilisation est possible, et ils ont mis au point, dans divers instituts de recherche, des méthodes permettant d'évaluer la relation entre certains symptômes et une maladie donnée. Jusqu'à présent, certaines relations ont pu être établies, pour des projets-pilotes. Par exemple, Gustafson l'a fait pour les maladies de la thyroïde et Lincoln et Parker³¹ pour les maladies du foie. La précision de cette méthode est, dit-on, comparable à celle qu'atteint un spécialiste. T. Taylor³² a mis au point un processus de corrélation diagnostique, dans le cadre duquel la probabilité d'un diagnostic donné est modifiée en fonction des résultats des tests, jusqu'à ce qu'on atteigne la certitude. Cette évaluation des probabilités devrait normalement se dérouler en suivant une arborescence de réactions et de tests, en vue de restreindre peu à peu les limites de la recherche diagnostique.

L'établissement d'un diagnostic ne constitue pas le seul avantage de la méthode de Taylor. C'est également la voie la plus efficace pour y arriver. Il s'agit là d'un facteur important, à cause de la charge croissante imposée aux services de diagnostic et aux capacités d'assimilation par le clinicien des données qui lui sont communiquées. C'est ainsi que l'informatique pourrait aider les uns et les autres.

Le bloc informatique, mémorisant les données diagnostiques, puis les affichant sous une forme utilisable par tous les cliniciens, serait d'une grande utilité pour les professeurs, le personnel hospitalier et les praticiens isolés. Les cercles médicaux d'Europe ont entrepris la réalisation d'un tel ensemble informatique à Zurich, en Suisse. Il est appelé ARITHMED³³, et il permet au médecin isolé de consulter une banque de données grâce à son terminal, d'introduire des données d'observation et de recevoir par retour l'indication d'autres tests à effectuer, et le diagnostic. Au stade actuel, l'information de sortie n'est pas donnée sous la forme d'un diagnostic

probable, mais plutôt sous celle de l'opinion de spécialistes responsables.

Il est théoriquement possible d'effectuer un diagnostic pratique par ordinateur, et cette idée offre certains attraits. Il n'y a aucun doute que les ordinateurs utilisent efficacement les données qu'on leur fournit; les difficultés se trouvent ailleurs; elles consistent surtout à déterminer quelles sont les données utilisables, et à les recueillir. On doit reconnaître que peu de progrès ont été réalisés jusqu'à présent, mais il est clair que ce domaine offre d'extraordinaires possibilités.

VIII. La prévention de la maladie et la promotion de la santé

Il est vrai, malheureusement, que nous dépensons plus de temps, d'énergie et d'argent à traiter les maladies et les blessures qu'à les prévenir.

Nous avons toutefois certaines réalisations à notre crédit, mais il s'agit presque toujours de situations où l'on utilise des méthodes préventives simples, n'exigeant que peu d'efforts de la part du public; on peut donc affirmer que les vaccins et les inoculations qui immunisent contre des maladies précises (diphthérie, poliomyélite, etc.) ont connu un succès spectaculaire en tant que mesures préventives. On peut considérer que ces réalisations sont satisfaisantes, même si certaines régions du Nord canadien et les milieux pauvres en général ne reçoivent pas une protection adéquate, et si ailleurs on approche peut-être de la limite de tolérance aux stimulations antigéniques.

La prévention de certaines maladies dues à l'insalubrité s'est aussi beaucoup améliorée grâce à l'adduction d'eau, à l'élimination des eaux-vannes, au traitement des ordures et au contrôle des aliments, effectués ou dirigés par les services sanitaires de l'État.

L'apathie du public et les échecs en matière de prévention

Cependant, la situation est fort différente lorsqu'on fait appel à la collaboration du public ou qu'on lui demande de faire preuve de résolution. Notons, par exemple, que tous savent qu'il est nocif de fumer, de manger ou boire excessivement, et de faire usage de drogues, mais que peu s'en soucient; la prévention des maladies par la modération est trop souvent négligée.

L'indifférence qui entoure l'hécatombe routière étonne encore plus, car il serait possible de prévenir de nombreux accidents.

En 1970, au Canada¹, il y eut :

498 839 accidents de la route ;
5 080 morts ;
178 501 blessés.

D'après ces chiffres, on calcule que :

1 785 000 jours ouvrables furent perdus ;
1 010 000 journées d'hospitalisation furent nécessaires pour les victimes² ;
50 500 000 dollars furent dépensés en frais d'hospitalisation ;
5 335 000 dollars furent dépensés pour les soins médicaux aux victimes.

Les accidents – parmi lesquels ceux de la route forment le groupe le plus important – constituent la cause principale de décès chez les personnes âgées de un à quarante-quatre ans. Si atterrantes qu'elles soient, les morts, les infirmités et les pertes pécuniaires semblent insuffisantes pour que le public exige l'adoption et l'application des lois visant les excès de vitesse, l'ébriété au volant, les dispositifs de sécurité, l'éducation des automobilistes et les autres mesures qui seules pourraient enrayer l'hécatombe routière.

Il faut donc effectuer des recherches dont les résultats permettront

d'élaborer les lois nécessaires et de mieux éduquer le public. Les travaux actuels (voir les nos 878-940 de la liste des travaux de recherche, Annexe n° 2 du Supplément) sont insuffisants et peu d'entre eux ont pour objectif de déterminer la cause des accidents.

L'éducation du public en matière de santé et d'utilisation des services d'administration des soins

«La meilleure façon d'améliorer la santé des Américains n'est pas d'augmenter le nombre de médecins ou de les obliger à la pratique collective, ou encore d'accroître le rendement des hôpitaux, mais plutôt d'étudier comment les individus prennent soin d'eux-mêmes. Comme on accorde tant d'attention aux soins et si peu à l'éducation sanitaire et aux responsabilités individuelles, la tentation de chercher des solutions miracles aux problèmes épineux devient presque irrésistible»³.

On peut considérer les aspects suivants de l'éducation sanitaire :

- pourquoi et comment promouvoir la santé;
- comment renseigner la population sur les maladies, les services disponibles et les façons d'y avoir accès.

Un tel programme pourrait avoir d'excellents effets. Malheureusement, il n'existe aucune étude canadienne sur l'efficacité des programmes actuels ou sur les méthodes qui inciteraient le public à agir. Un examen minutieux des revues canadiennes et américaines spécialisées dans le domaine, et des rapports annuels de divers organismes publiés au cours des dernières années, n'a indiqué l'existence d'aucune étude sur les possibilités d'éduquer le public canadien en matière d'hygiène⁴.

La promotion de la santé

Jusqu'ici, la promotion de la santé n'a été qu'une tâche ingrate. Depuis plusieurs décennies, on essaie d'améliorer les habitudes alimentaires de la population, mais toutes les enquêtes révèlent qu'une certaine proportion de la population se nourrit mal. On a depuis longtemps montré qu'il existait un rapport direct entre la consommation de boissons alcooliques et les accidents routiers, aussi le rappelle-t-on aux automobilistes lors des périodes de fêtes, mais les résultats de cette initiative sont fort décevants. Les fumeurs savent depuis plus de dix ans que leur santé est plus vulnérable et que leur espérance de vie est plus courte que celle des non-fumeurs. Cette information a provoqué une baisse de la consommation des cigarettes entre 1965 et 1970, mais près de 44 pour cent des hommes et 31 pour cent des femmes de plus de 15 ans fument encore régulièrement. On constate donc que la promotion directe de la santé n'est guère efficace, et qu'il faudrait changer notre façon d'aborder la question. Il semble que les programmes d'éducation basés sur des recommandations négatives (ne pas fumer, manger ou boire excessivement) ont peu d'influence sur la population. Les comportementalistes pourront peut-être mettre au point des programmes d'incitation positive plus efficaces, et on devrait les encourager à s'engager dans cette voie.

Mise au courant des services disponibles

La complexité du réseau médico-hospitalier et des régimes d'assurance-maladie les rend inextricables, de sorte que peu de gens connaissent les services qui sont à leur disposition et les façons de les utiliser. Bien souvent, l'individu attend de rencontrer son médecin pour avoir ces renseignements, alors qu'une personne beaucoup moins spécialisée aurait pu les lui fournir par téléphone (voir page 51).

Un excellent réseau de services de santé, même s'il couvre tout le pays, n'est pas vraiment accessible si ceux qui en ont besoin (et qui en paient largement le coût) ignorent son existence ou n'ont pas le désir de s'en servir.

Il est donc de plus en plus important de savoir comment promouvoir la santé, afin que le minimum de personnes aient besoin de soins, et d'inciter ces dernières à les demander dès qu'elles en ressentent le besoin, afin qu'elles puissent en profiter au maximum.

L'éducation sanitaire

Ces remarques ne signifient pas que rien n'a été fait au Canada en matière de programmes d'éducation sanitaire, mais elles indiquent qu'ils reposent toujours sur une confiance aveugle dans les habitudes de travail acquises, les méthodes publicitaires, et l'action de quelques fortes personnalités. Les écoles, les organismes bénévoles, les moyens d'information, les ministères de la Santé, les associations de prévention des accidents et, depuis peu, les commissions provinciales hospitalières et celles d'assurance-maladie, tentent d'informer leur public sur divers aspects de la santé.

Les écoles: Le programme de plusieurs écoles comprend des cours d'hygiène, et ceci depuis longtemps. Outre certaines notions fondamentales d'anatomie et de physiologie, et des renseignements sur la nutrition et les dangers de l'alcool, on offre maintenant des cours sur la sexualité, les problèmes de l'adolescence, et les dangers du tabac et des stupéfiants. Les programmes varient beaucoup, et on ne peut que malaisément évaluer leurs résultats. Pour autant que nous sachions, ils ne traitent pas du réseau d'administration des soins.

Les organismes bénévoles tels la Croix-rouge et les associations plus spécialisées qui s'occupent de la lutte contre le cancer, le diabète, la paralysie cérébrale, les maladies mentales, etc. ont fait des efforts tantôt sporadiques, tantôt soutenus, pour informer le public. Dans certains cas, ils mentionnent des services spécialisés disponibles. Il est rare, toutefois, que l'on tente d'évaluer les résultats de ces campagnes publicitaires.

Les moyens d'information: Les chroniques médicales comportent des articles de rédacteurs scientifiques, qui ont pour but de renseigner le public sur de nombreux aspects de la santé. Cependant, nous ne connaissons guère leur influence sur les habitudes sanitaires de la population.

Les ministères de la Santé et les services municipaux d'hygiène s'occupent de promouvoir la santé autant que les crédits le leur permettent. Ils préparent des brochures, des affiches, des diapositives sur films ou des films cinématographiques tantôt par eux-mêmes, tantôt avec la collaboration de certains organismes bénévoles. Les rapports annuels de ces organismes suggèrent que cette documentation publicitaire ne suffit que rarement à

atteindre le public désigné, qu'il s'agisse des écoles, des centres de santé ou des cabinets médicaux. Elle n'indique que rarement comment avoir accès aux services sanitaires.

Les accidents du travail – Il y a longtemps qu'on les étudie et que l'on tente de les prévenir. Il semble qu'on soit mieux renseigné sur les résultats obtenus dans ce domaine que dans tous les autres. Certains organismes font un excellent travail: l'Association ontarienne pour la prévention des accidents de travail, par exemple, distribue des affiches, des films, et des communiqués de presse à ses membres, leur donne des conférences et participe présentement (1971) à une étude sur les résultats d'une formation intensive en secourisme, donnée à toute une communauté.

Les organismes sanitaires provinciaux ont récemment tenté d'expliquer leurs services à leurs cotisants et au personnel sanitaire. Il faudra sans doute plus qu'un dépliant, joint à l'avis de versement de prime, pour surmonter les barrières psychologiques qui entourent l'utilisation des services de santé.

Il semble qu'on ignore ce que les Canadiens désirent savoir à propos des services de santé, comment leur apprendre à utiliser l'information qu'on leur fournirait, et comment les inciter à tirer pleinement parti des services existants. Les réponses ne pourraient être données qu'à la suite d'un effort considérable de recherche sur les problèmes sociaux et de comportement. On devrait entreprendre ces recherches parallèlement aux efforts de planification et de coordination des programmes de vulgarisation en matière de santé et de soins. Sans de tels efforts pour promouvoir la santé, et pour inciter les gens à utiliser les services afin de réduire le nombre de malades et d'infirmes, ces services deviendraient inutilement onéreux, et ne seraient peut-être pas en mesure de fournir les soins que le public attend de tels services complexes et coûteux.

Le dépistage préventif

La plupart des gens croient fermement qu'il faut diagnostiquer une maladie dès ses débuts et la traiter avant qu'elle ne s'aggrave ou ne devienne fatale. Cette opinion est sensée et raisonnable, et parfois bien fondée, comme en témoigne le cas de la tuberculose pulmonaire. Depuis quelques années, le dépistage de maladies telles que le cancer, les troubles cardiovasculaires, le diabète, les désordres métaboliques, les défauts de la vision, etc. intéresse beaucoup de gens. L'intérêt et l'aisance des méthodes de dépistage augmentent rapidement, car on utilise des ordinateurs pour la collecte et surtout le classement des données accumulées.

Quelques incertitudes

Il y a toutefois d'excellentes raisons incitant à la prudence. Ce dépistage semble à peu près inutile, sauf pour certaines maladies précises et relativement rares; dans certains cas, il pourrait même être nocif. Dans son analyse synoptique des principaux articles sur le dépistage, D. L. Sackett⁵ relève les principaux points de controverse:

1^o Les examens périodiques permettent-ils de déceler des maladies qui peuvent compromettre la santé?

2^o Est-ce que la suppression des facteurs statistiquement liés à une

maladie en affecteront le cours?

3° Le comportement prophylactique des participants sera-t-il amélioré par les examens périodiques?

4° Les examens périodiques influencent-ils vraiment l'issue d'une maladie?

5° Les méthodes traditionnelles d'évaluation de l'efficacité des programmes de dépistage précoce nous induisent-elles en erreur?

6° Avons-nous étudié tous les effets possibles du dépistage précoce et des traitements de longue durée?

En réponse à ces questions, il montre que, dans cinquante pour cent des cas, les examens périodiques ne permettent pas de déceler l'existence de maladies fatales; que le malade, surtout s'il ne souffre d'aucun symptôme de maladie, ne modifiera probablement pas longtemps son comportement prophylactique; qu'il n'y a guère d'indice que la mise en œuvre précoce de traitements pour plusieurs des maladies dépistées actuellement influence le cours de ces maladies; que la classification d'une personne qui se croit en bonne santé dans la catégorie des malades ou des personnes sujettes à une grave maladie n'aide pas la personne concernée, sauf dans les rares cas où l'on peut guérir la maladie ou réduire les risques de la contracter; enfin, qu'«à l'exception des programmes traditionnels de dépistage de certains groupes choisis, les résultats actuels du dépistage et des examens périodiques ne permettent pas d'affirmer que ces derniers améliorent, ou même maintiennent, l'état de la santé de la population; en conséquence, on ne devrait pas les généraliser pour l'instant».

Le Dr Sackett propose d'encourager la recherche destinée à évaluer l'efficacité des programmes de dépistage en faisant remarquer que «si l'on néglige d'aborder cette question de façon rationnelle il en résultera ... une augmentation marquée du coût des soins, du fait du dépistage et du traitement de longue durée de la maladie latente».

Nous croyons que cette opinion, exposée franchement, est valable. D'après les données présentement disponibles, il semble peu probable que des programmes de dépistage intensif soient utiles, bien que la question soit loin d'être résolue. On attend impatiemment les résultats des programmes de dépistage assez perfectionnés présentement réalisés (tels ceux de la Kaiser-Permanente). Cependant, certains programmes de dépistage sont fort intéressants, et se révéleront peut-être très importants. Plusieurs programmes de ce genre étaient en cours de réalisation pendant la préparation de la présente étude⁶. La liste des recherches montre la variété des genres de dépistages effectués au sein de divers groupes de la population afin de déceler certaines maladies; on cherchait à détecter les problèmes psychologiques et mentaux, les troubles de la vision, les dérèglements métaboliques, les défauts auditifs héréditaires, les malformations cardiovasculaires, les cancers, etc. Il faut remarquer que huit études seulement (n^{os} 782, 790, 791, 798, 821, 823 de la liste des travaux de recherche, annexe n^o 2 du Supplément) visaient à évaluer le processus de dépistage lui-même.

Dépistage et soins périnataux

Si l'on peut douter de l'efficacité du dépistage intensif parmi la population pour prévenir la maladie ou réduire les infirmités, la valeur d'un examen

et de soins réguliers destinés aux parents, au fœtus et au nouveau-né ne peut être mise en doute. Un rapport récemment publié résume bien la situation⁷.

Au Canada, on dénombre :

44 000 cas de paralysie cérébrale;
262 000 débiles mentaux;
43 000 épileptiques.

«On ignore présentement jusqu'à quel point les précautions périnatales, tels la prophylaxie eugénique, la régulation des naissances afin d'espacer les grossesses, les examens prénataux, les avortements thérapeutiques, la surveillance de l'état de l'enfant et de la mère pendant l'accouchement, et l'utilisation optimale des installations de soins intensifs pour les nouveau-nés auraient pu prévenir la naissance d'enfants atteints de troubles nerveux. Les données actuelles suggèrent que cette action préventive aurait eu des résultats importants».

«On prétend parfois qu'une diminution de la mortalité périnatale, rendue possible par de bons soins périnataux, causerait une augmentation du nombre des handicapés. Cette opinion se fonde sur des études antérieures à la transformation radicale des soins périnataux. Les données actuelles, bien qu'incomplètes, suggèrent que la majorité des survivants deviendront des citoyens utiles. Les mesures qui permettent d'éviter la mort peuvent également prévenir les lésions cérébrales, comme en témoigne le succès du traitement rapide de l'asphyxie, de l'hypoglycémie et de l'ictère néonataux».

De tous les domaines où l'on devrait immédiatement accroître les efforts, celui de la prévention des naissances d'enfants affligés de déficiences génétiques, métaboliques, de troubles moteurs ou autres, apparaît comme le plus prometteur. Les considérations économiques, et par-dessus tout humanitaires, militent en faveur d'un effort concerté en ce domaine.

La pollution et la santé

Les effets de la pollution du milieu ambiant sur la santé ne sont pas encore bien précisés. Il y a de bonnes raisons⁸ de penser que la pollution de l'air cause diverses maladies de l'appareil respiratoire et il est possible que les rayonnements, la pollution chimique, le bruit, etc. affectent sérieusement la santé. Ce nouveau domaine d'études est très vaste; un aperçu des projets de recherche dans le domaine de la pollution (n^{os} 46-113 de la liste des travaux de recherche, annexe 2 du Supplément) fait apparaître la diversité des problèmes et des personnes qui s'y intéressent. Quelques ministères se sont penchés sur la question, notamment ceux de la Santé nationale, de l'Énergie, des Mines et des Ressources, de l'Agriculture, et Environnement Canada, de même que certains départements des facultés de médecine et de technologie, un département de géographie, une école de médecine vétérinaire, etc.

La plus grande partie du travail en est à ses débuts, et, bien entendu, les résultats sont encore peu nombreux. La nécessité de la coordination apparaît clairement. La longue liste de projets concernant les nouveaux

aspects de la prophylaxie révèle l'ampleur et l'envergure des efforts entrepris, dont le secteur de la santé bénéficiera.

La prévention en général

Les vaccinations, les mesures d'hygiène publique, les programmes d'éducation et les autres questions abordées ci-dessus sont tous axés sur la prévention de maladies et d'infirmités précises. Dans le contexte du réseau médico-hospitalier, deux mesures préventives générales méritent notre attention.

Le niveau de vie

La première, évidemment, se rapporte au *niveau et au mode de vie*. On dit souvent que l'amélioration du mode de vie contribue plus à la diminution du nombre de malades et d'infirmes que n'importe quelle mesure médicale ou paramédicale. Si cela est vrai, et bien peu en doutent, les résultats tangibles sont encore loin. On remarque les prodromes de l'activité de l'État et de la collaboration entre architectes, ingénieurs, spécialistes des sciences sociales et des sciences du comportement, médecins, etc. Ceux-ci sont fort nécessaires si l'on veut réaliser des progrès dans ce domaine.

Le rôle du médecin

Notons que le médecin joue un rôle spécial. C'est lui qui doit déterminer si des liens existent entre les conditions de vie et une maladie, en préciser la nature et collaborer avec d'autres spécialistes pour y remédier. Les médecins commencent à se rendre compte que le traitement d'un malade ne fait souvent que pallier des problèmes sous-jacents, qu'il leur faut pousser davantage leur analyse de la maladie et qu'eux seuls peuvent fournir aux spécialistes de sciences sociales les données permettant à ceux-ci de travailler efficacement dans le domaine de la santé. Si seule une amélioration du mode de vie peut résoudre les problèmes de santé, il faut avouer que jusqu'ici peu a été fait dans cette voie.

L'accès aux soins et leur humanisation

La seconde mesure générale est d'importance, bien qu'il soit difficile d'en faire la description et de prouver son efficacité. Il s'agit de la chaleur humaine qui entoure l'administration des soins, et dont la valeur préventive et rassurante est grande. Il semble que les personnes qui bénéficieront le plus de cette mesure sont celles qui savent qu'elles peuvent obtenir des conseils médicaux en cas de nécessité, et qui, lorsqu'elles sont malades, sont soignées par une personne qui ira au-delà de leur maladie et analysera leur situation familiale, professionnelle, etc. et qui les encouragera à reprendre leur train de vie normal.

Cette affirmation, qu'il est difficile d'étayer, peut servir d'argument pour l'institution d'assistantes médicales. Certaines informations intéressantes et, selon nous, importantes, ont paru à ce sujet. Nous avons mentionné précédemment une expérience dans l'industrie.

Les résultats obtenus dans l'industrie

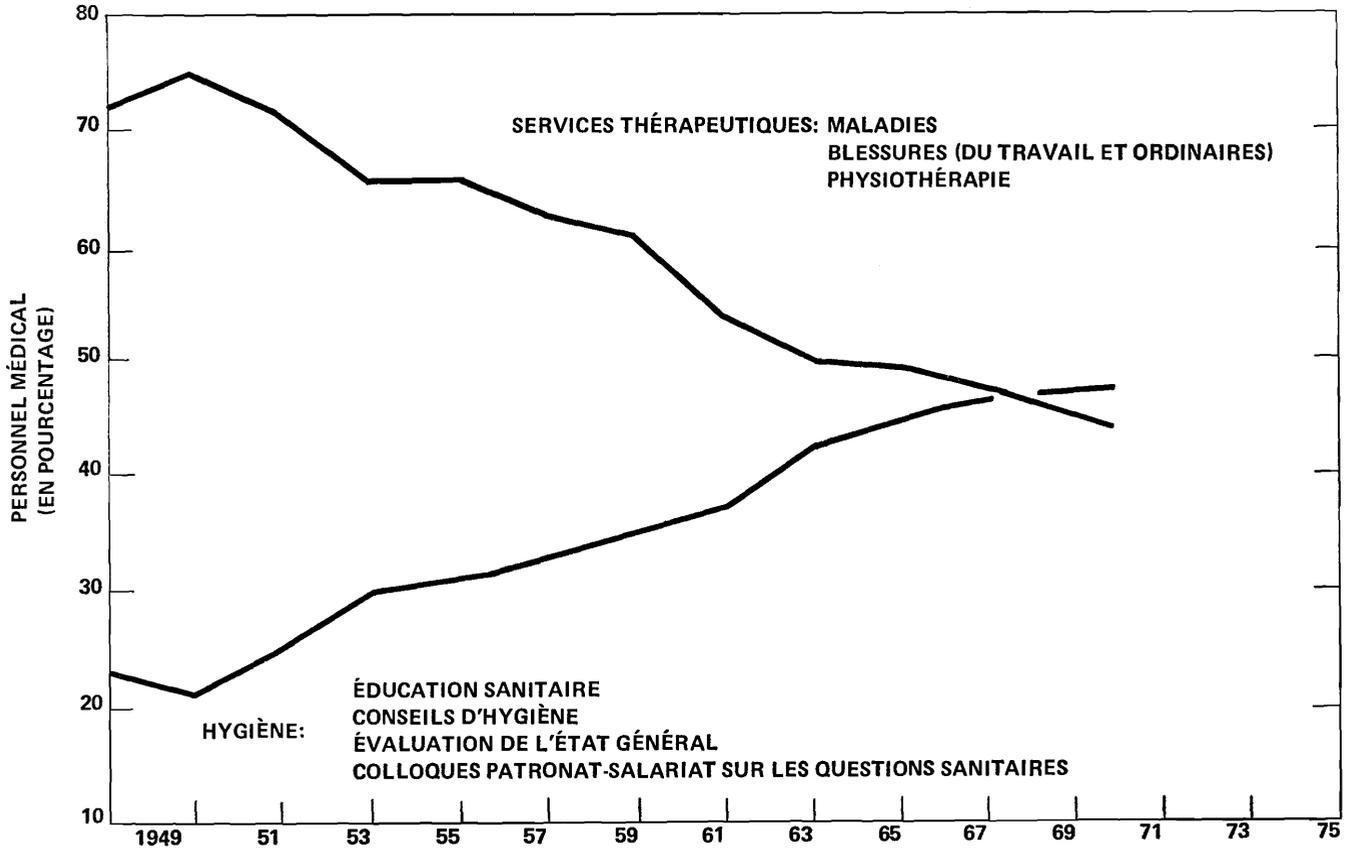
Une grande société industrielle, comptant 40 000 salariés, dispose d'un personnel médical (dont 40 assistantes médicales) qui, depuis plusieurs années, consacre de plus en plus de temps aux mesures préventives, telles que l'éducation sanitaire, les conseils d'hygiène et l'évaluation de l'état général, bref, aux contacts humains⁹. Le graphique n° 4 illustre l'évolution des raisons motivant les visites. En 1947, plus de 70 pour cent des consultations concernaient des traitements pour maladies ou accidents. Au cours des 27 dernières années, cette proportion a diminué pour atteindre le chiffre de 40 pour cent et le nombre des consultations prophylactiques dépasse maintenant le nombre de traitements¹⁰.

Cette évolution des lignes de conduite et de la pratique médicale coïncide avec deux modifications importantes :

1) Le taux d'absentéisme dû à la maladie est tombé de 3.2 pour cent en 1948 à 2.2 pour cent en 1970.

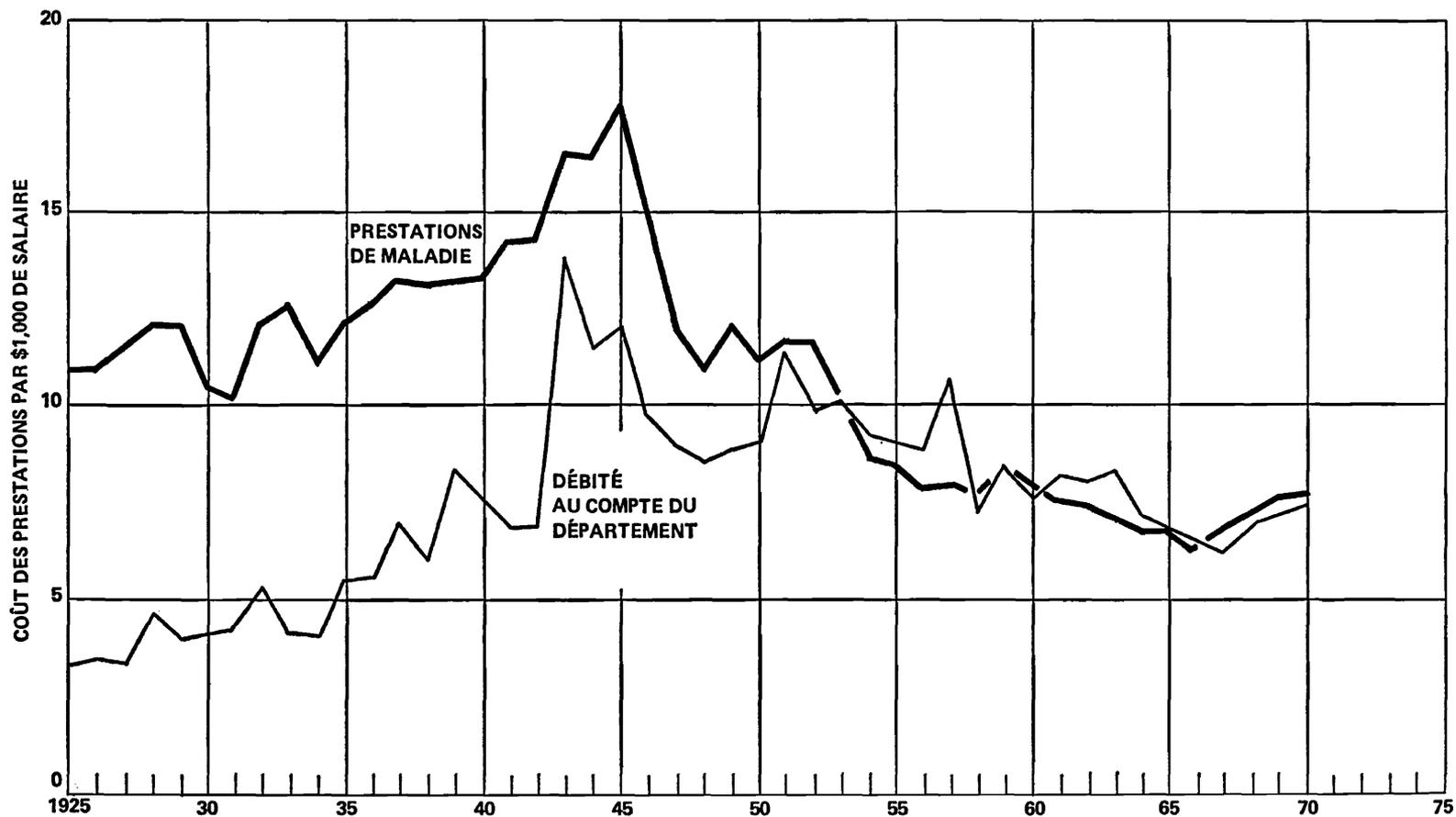
2) Les indemnités de maladie et d'invalidité par mille dollars de salaire sont tombées de \$17.50 en 1945 à \$7.50 en 1970 (voir le graphique n° 5).

À eux seuls, ces chiffres impressionnent. S'ils ne permettent pas d'affirmer qu'il existe une corrélation parfaite entre l'accroissement des consultations prophylactiques et l'amélioration de l'état de santé, ils étayent au moins l'hypothèse *selon laquelle la facilité et la qualité des contacts entre les salariés et les services sanitaires sont d'importants facteurs prophylactiques*.



Source: Communication du D^r D.C. Bews, Directeur médical, Bell Canada.

Graphique n° 5 - Prestations de maladie et d'invalidité



Source: Communication du D^r D.C. Bews, Directeur médical, Bell Canada.

IX. La recherche en sciences de la santé au Canada

Définitions

Avant d'indiquer ce que nous incluons sous la rubrique «recherches en sciences de la santé» et de préciser les domaines sur lesquels nous allons nous pencher, nous avons cru bon de distinguer entre la recherche biomédicale, la recherche en sciences de la santé, et la recherche socio-médicale¹.

La recherche biomédicale, pour nous, est celle qui vise à l'analyse des fonctions biologiques et de leurs déséquilibres, affectant la santé des individus. Comme nous nous limitons à la recherche visant à l'élaboration d'un réseau médico-hospitalier complet et bien structuré, nous n'avons pas inclus les travaux de cette catégorie.

La recherche en administration des soins vise à l'analyse des modalités d'administration des soins et du réseau médico-hospitalier lui-même. Dans notre optique, ce réseau englobe :

- les utilisateurs
- les organes de direction et d'administration
- les spécialistes de la santé et le personnel auxiliaire
- les installations
- les aspects sanitaires d'autres ensembles organiques (agriculture, environnement, industrie, etc.)

Il nécessite donc :

- de l'enseignement
- de la recherche
- des services

et vise à :

- promouvoir la santé
- prévenir la maladie
- soigner les malades.

La recherche dans ce domaine comprend, selon nous :

1. La recherche portant sur les modalités d'administration des soins. Notre définition très libérale de la recherche nous permet d'y inclure de nombreux essais pratiques importants, mais peu complexes.
2. La recherche sur le réseau que nous subdivisons en :
 - Études de fonctionnement du réseau (c'est-à-dire analyses qualitatives, quantitatives ou fonctionnelles de divers éléments tels l'administration, les utilisateurs, la prestation des services, les installations ...)
 - Études portant sur la structuration ou le rôle du réseau, et études (cliniques ou autres) qui semblent promettre une amélioration de celui-ci.

La recherche socio-médicale, telle que nous la définissons, embrasse les facteurs sociaux influençant la santé des individus ou leurs possibilités de se faire soigner.

Compte tenu des principes généraux énoncés plus haut, nous avons recueilli et classé autant de projets de recherche en administration des soins et dans le domaine socio-médical que nous avons pu au cours de la période allant de septembre 1970 à septembre 1971. La liste des projets se trouve à l'annexe 2 du Supplément.

Aperçu sur la recherche en administration des soins et sur les chercheurs

La recherche dans le domaine de l'administration des soins est chose difficile, car elle embrasse, à des degrés divers, les techniques et les procédés de plusieurs disciplines, dont l'épidémiologie, la statistique, l'économique, la sociologie, la psychologie, l'analyse des systèmes et la médecine. De plus, ce domaine interdisciplinaire exige une aussi grande compétence de la part des chercheurs que n'importe laquelle des disciplines mises à contribution.

Jusqu'à tout récemment, peu de spécialistes s'intéressaient à ce parent pauvre de la recherche. Si l'attitude des chercheurs a changé, c'est à cause de l'évolution sociale, qui leur a montré l'attrait et l'intérêt scientifique de ce nouveau domaine; le nombre de chercheurs qui y viennent augmente donc, bien qu'il soit encore très insuffisant.

On s'est penché sur ce problème récemment. Une partie des nouvelles subventions nationales à la santé a été mise de côté pour former des chercheurs. L'activité des facultés de médecine augmente (voir l'annexe 7 du Supplément qui mentionne les travaux de recherche en sciences de la santé de chaque faculté, et l'annexe 2, section G, sous-section 1, postes de recherche). Il reste toutefois que ce domaine manque de chercheurs, non seulement dans les facultés de médecine, mais aussi dans les autres facultés, dont les spécialistes sont indispensables à la formation d'un front commun.

Mis à part le problème des effectifs, il est évident qu'en recherche en matière d'administration des soins, les liaisons entre chercheurs sont mal assurées, particulièrement entre les chercheurs en sciences fondamentales et ceux en sciences cliniques de la même faculté de médecine, entre la faculté de médecine et les autres facultés, entre ces dernières et leurs départements (par exemple, entre les départements des sciences sociales), et entre l'université et l'administration publique. On ne sait si l'on pourrait améliorer beaucoup les liaisons, car les chercheurs préfèrent l'isolement; les rapports interdisciplinaires établis dans le passé se sont révélés plus fragiles que fructueux. Il faut dire, cependant, que de bonnes relations s'établissent souvent lorsque surgissent des problèmes aigus d'importance nationale, comme ce fut le cas pendant la guerre; il se peut que cela se reproduise maintenant dans le domaine de la santé. Le chercheur en sciences sociales peut travailler de concert avec le clinicien (ce qui créerait une situation très prometteuse), l'ingénieur avec l'administrateur de l'hôpital, etc.

Répartition des responsabilités pour la recherche en administration des soins

Les universités

Il est nécessaire que les chercheurs universitaires accomplissent une part considérable de la recherche et des essais en administration des soins, mais il y a cependant des limites, assez floues il est vrai: les locaux, le personnel, et les fonds indispensables, surtout pour les services, atteignent à un moment donné trop d'ampleur pour que les avantages pédagogiques et les résultats les justifient. De plus, d'importantes considérations de politique

générale déterminent le degré de participation des universités à l'exploitation de certaines entreprises, tel un réseau pilote d'administration des soins. Pour que l'université conserve son rôle de «gardienne» de notre société, elle ne doit pas s'associer de trop près au fonctionnement de cette dernière; elle doit certes lancer des projets et donner des conseils lorsqu'elle le peut, mais l'exploitation d'un important service saperait son rôle principal de critique.

Nous croyons donc qu'en ce domaine le rôle de l'université serait d'entreprendre des études à long terme, en favorisant les travaux pluridisciplinaires, et d'exploiter de petits services pilotes (telles les unités de médecine générale) servant autant à l'enseignement qu'à la recherche.

Évidemment, cette activité laisserait de côté certaines recherches dont le besoin se fait le plus sentir présentement: les études à court terme portant sur des problèmes précis et limités et la mise en œuvre d'entreprises pilotes de grande envergure.

Les administrations publiques

Selon nous, l'Administration fédérale devrait réaliser ces projets parfois importants et généralement à objectif utilitaire, soit en entreprenant de la recherche intra-muros, soit en accordant des contrats à des particuliers et à des petits groupes pour des travaux limités à court terme, soit en créant des groupes d'étude ou des instituts pour les études et les essais importants à long terme.

Les administrations provinciales se chargeraient des problèmes qui relèvent de leur compétence (telles les études pour l'établissement d'un réseau régional de santé en fonction de la quantité de malades), alors que l'administration fédérale s'occuperait surtout des problèmes qui se posent à toutes les provinces, tel l'établissement des statistiques et les évaluations.

Le financement de la recherche

Le tableau n° IX énumère les crédits disponibles pour la recherche en sciences de la santé, à l'exception des aspects sanitaires de la recherche agricole, de l'étude du milieu environnant, etc.

Les fonds sont-ils suffisants?

Il est difficile de déterminer si suffisamment de fonds sont alloués à la recherche. Trois facteurs entrent en jeu, à savoir: la priorité accordée à certains problèmes, le nombre de chercheurs compétents disponibles, et les fonds. Ceux-ci sont suffisants lorsqu'ils permettent de financer les travaux de tous les chercheurs dûment qualifiés, et quand ces derniers sont assez nombreux pour s'attaquer aux problèmes prioritaires.

Une telle situation se présente sans doute très rarement; les problèmes existent en trop grand nombre, et, le plus souvent, les chercheurs, les enseignants, les stagiaires et les installations sont en nombre insuffisant. En pratique, la répartition équitable des fonds entre projets et formation est difficile à réaliser.

Dans le domaine de la recherche biomédicale, la politique suivie par le Conseil des recherches médicales² et les autres organismes subventionnaires (Société canadienne du cancer, Fondation canadienne des maladies

Tableau n° IX – Principales sources canadiennes de financement des dépenses courantes de recherche, en 1969-1972

Source	Montant 1969-1970	1970-1971	1971-1972
Conseil des recherches médicales ^a	30 891 000 \$	33 962 000 \$	35 642 000 \$ ^e
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social			
Intra-muros	6 314 000	5 436 000	6 605 000 ^e
Subvention à l'hygiène publique	3 942 000	3 588 000	4 551 000 ^d
Subventions nationales à la santé	1 062 000	1 950 000	3 027 000 ^d
Usage non médical des produits psychotropes			228 000 ^e
Autres programmes	218 000	258 000	140 000 ^e
Ministère des Affaires des anciens combattants	321 000	279 000	322 000 ^e
Programme ontarien de développement des ressources sanitaires ^b			
Subvention aux projets pilotes		895 000	1 615 000 ^d
Subvention provinciale à la recherche	955 000	1 255 000	1 197 000 ^d
Conseil de la recherche médicale (Québec) ^c	740 000	740 000	855 000 ^e
Totaux^f	44 443 000 \$	48 363 000 \$	54 182 000 \$

^aRenseignements fournis par la Division de l'éducation, des sciences et de la culture de Statistique Canada.

^dRenseignements fournis par le chef du Service des Subventions provinciales à la recherche, de la Division de la recherche et de l'analyse du ministère ontarien de la Santé.

^cRenseignements fournis par le Conseil de la recherche médicale (Québec).

^eMontant réparti

^fChiffre estimatif.

^gCes montants ne représentent pas l'ensemble des dépenses au titre de la recherche sanitaire au Canada, mais le total des crédits alloués par les organismes publics. Les subventions correspondantes accordées par les universités et les fonds alloués par l'industrie sont exclus.

du cœur, etc. ...) depuis un certain nombre d'années a été de consacrer une part considérable des crédits à la formation des stagiaires; conséquemment, le nombre de chercheurs compétents et de demandes de subventions a augmenté de façon continue, ce qui était très souhaitable. Depuis trois ans, les restrictions budgétaires ont occasionné le refus d'excellents projets émanant de chercheurs très compétents. Donc, selon nos critères, le financement est devenu insuffisant.

On peut prévoir que les demandes de subventions augmenteront encore. Il faut espérer que le nombre de nouveaux chercheurs s'accroîtra aussi, car quel qu'en soit leur nombre optimal, il est loin d'être atteint dans la plupart des secteurs de la recherche biomédicale.

Dans le cas de la recherche en administration des soins, la formation des chercheurs vient de commencer. En 1971-1972, environ 29 pour cent des subventions nationales à la santé servaient à la formation du personnel. Il faut conclure que les fonds actuels suffisent par rapport au nombre de demandes jugées valables; notons, toutefois, que cette situation ne reflète que la pénurie de chercheurs en ce domaine.

On peut donc s'attendre à ce que les besoins augmentent au rythme actuel en recherche biomédicale et à un rythme accéléré en administration des soins et en recherche socio-médicale.

La politique de financement

Au Canada, comme ailleurs, on discute beaucoup du financement de la recherche, du rôle du secteur public et des universités, de la distinction entre recherche fondamentale et recherche appliquée, des montants à allouer à

chacune d'elles, et de la gestion des fonds de recherche. Nous ne mentionnerons que les trois aspects qui nous ont frappé au cours de notre étude³.

1. Les raisons pour lesquelles nous recommandons que la majeure partie des subventions à la recherche provienne de sources fédérales se trouvent à la page 87; nous voudrions insister ici sur deux autres points.

2. Il importe qu'un ou plusieurs organismes indépendants animent la recherche dans les sciences de la santé, en formant et en subventionnant les chercheurs de diverses disciplines, en coordonnant et en répartissant judicieusement leurs efforts, et surtout en imposant des normes de travail élevées. Il faut planifier et diriger la croissance de ce domaine.

3. Il faut trouver une façon de subventionner la recherche et les essais dans les domaines d'actualité ou d'importance politique, ainsi que les travaux de nécessité immédiate qui ne rentrent pas dans le cadre de la planification à long terme des établissements de recherche, car ils pourraient la déséquilibrer.

Présentement, le Conseil des recherches médicales et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social s'occupent respectivement des deux derniers points. Cette répartition de l'effort est valable et devrait être maintenue: selon nous, le C.R.M. ne doit subir aucune influence politique et les administrations publiques doivent pouvoir susciter des recherches dans des domaines particuliers.

Les subventions nationales à la santé servent présentement à lancer de façon très prometteuse la recherche en administration des soins et à étudier l'utilisation non médicale des produits psychotropes (drogues). Bien qu'un ministère doive pouvoir financer des études urgentes, il faut cependant souligner que lorsqu'il a démontré la nécessité et la faisabilité d'un programme de recherche à long terme, *il doit charger un organisme apolitique de recherche de former des chercheurs compétents, de décider des priorités, et de coordonner les efforts.*

Nous croyons avoir démontré que la recherche en administration des soins est nécessaire et faisable, et qu'il faut maintenant changer l'organisme chargé de la financer. Mais lequel choisir? Le Conseil des recherches médicales, un conseil des recherches en sciences sanitaires qui s'occuperait de toutes les recherches en sciences de la santé et de recherches socio-médicales, un conseil distinct des recherches en administration des soins?

Avant toute décision, il faut peser les considérations suivantes:

– Comme les problèmes fondamentaux de la recherche en administration des soins sont de nature sociologique, son association avec la recherche socio-médicale procurerait des avantages indéniables, d'autant que la formation et les intérêts des chercheurs de ces deux disciplines se ressemblent.

– Étant donné le peu de liens entre l'administration des soins et la recherche biomédicale, l'association de ces deux domaines nuirait peut-être à l'équilibre de l'effort de recherche.

– La coordination de l'ensemble des recherches en sciences de la santé et en sciences sociales voisines pourrait être assurée aussi par un comité de coordination ou par une concertation à un niveau supérieur.

– La coordination de la recherche devrait englober beaucoup plus que les sciences de la santé; en fait, elle devrait s'étendre à toutes les formes de recherche.

Quelques recommandations

Nous recommandons donc :

aux fins de coordination,

- 1) que tous les conseils de recherches dépendent du même ministre;
- 2) que le ministre et les présidents des conseils de recherches forment un comité de coordination;

et aux fins d'organisation,

que les conseils soient les suivants :

- 1) un ou des Conseils des arts et des sciences sociales;
- 2) Le Conseil national de recherches du Canada;
- 3) Le Conseil des recherches médicales;
- 4) Un conseil des recherches en administration des soins.

La nécessité d'un conseil des recherches en administration des soins

Un tel conseil est-il nécessaire, vu le peu de crédits affectés à cette discipline? Notre enquête a mis en relief sa croissance rapide depuis quelques années. Étant donné les besoins sociaux, les progrès accomplis, le potentiel de croissance et la complexité de cette discipline, nous croyons qu'il faut confier à un organisme spécialisé la tâche d'en orienter le développement, et ce le plus tôt possible.

Le rôle du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

Nonobstant la création du Conseil mentionné ci-dessus, ce ministère devrait poursuivre ses propres recherches et subventionner celles qui sont accomplies par les instituts, les universités et les sociétés privées, après remaniement de ses responsabilités; la création du Conseil des recherches en administration des soins permettrait au ministère de mener ou de subventionner surtout des recherches urgentes ou politiquement importantes, c'est-à-dire celles qui sont indispensables à l'accomplissement de son travail.

Avantages de la recherche

Afin d'étayer notre affirmation selon laquelle les subventions à la recherche médicale devraient augmenter, alors que les demandes de fonds pour tous les genres de recherche sont sujettes à un examen minutieux, nous citerons ses avantages pour l'avancement des connaissances, l'amélioration de l'enseignement et l'accessibilité des soins au Canada.

La recherche biomédicale

Bien que depuis quelques années l'augmentation du financement de la recherche biomédicale soit considérable, le fait que le point de départ était incroyablement bas réduit cette augmentation à peu de chose; les succès obtenus dans ce domaine n'en sont donc que plus remarquables.

Les découvertes

Peu de gens sont conscients de l'importance de la recherche médicale effectuée au Canada au cours des vingt dernières années. Pour la plupart, la découverte de l'insuline a clos le chapitre de la recherche biomédicale au

Canada. Certes, parmi les plus importantes, elle est loin d'être la seule découverte.

Si l'on dresse une liste des plus importantes contributions canadiennes, on prête le flanc à toutes sortes de critiques, mais on ne peut se borner à dire vaguement qu'elles ont grandement contribué au progrès des connaissances. Nous avons donc dressé une liste, que nous savons incomplète, des scientifiques ayant fait des découvertes importantes et mondialement reconnues.

Au sujet des *recherches sur le cerveau*, mentionnons les travaux du D^r Penfield sur les localisations cérébrales, ceux du D^r Hebb sur les effets de l'isolement sensoriel, et la méthode du D^r Lehman pour l'utilisation des sédatifs; ces travaux sont de première importance.

Au sujet de l'*appareil endocrinien*, les chercheurs canadiens, stimulés par la découverte de l'insuline, ont poursuivi leurs excellentes recherches, jouant ainsi un rôle important dans le monde. Le D^r Collip a décrit la parathormone et le D^r Copp a découvert une nouvelle hormone thyroïdienne, la thyrocalcitonine, qui, en plus de son utilité clinique, a stimulé la recherche sur les concepts de rétroaction endocrinienne.

Dans le domaine du *cancer*, le Canada peut être fier du D^r Johns, qui mit au point l'appareil de cobalthérapie employé maintenant dans le monde entier pour le traitement du cancer, du D^r Noble, dont la Vincloleukoblastine, mondialement connue, sert au traitement de certaines formes de leucémie, et des D^{rs} Friedman et Gold, dont la découverte récente de l'antigène extrait du chorion ovulaire marquera probablement une étape importante pour la détection du cancer.

En *génétique*, le travail du D^r Barr sur les chromosomes sexuels est universellement connu. On pourrait également citer l'œuvre du D^r Chown sur le diagnostic de l'anémie hémolytique du nouveau-né, et la mise au point d'un facteur anti-rhésus extrêmement efficace.

En *chirurgie*, le D^r Mustard, entre autres, a mis au point une opération permettant de corriger un défaut congénital jadis irrémédiable, l'inversion des grands vaisseaux. Le D^r Bigelow et son équipe contribuèrent énormément aux connaissances sur l'hypothermie et à son utilisation, ainsi qu'au perfectionnement de la chirurgie à cœur ouvert. Le travail du D^r Vineberg sur la revascularisation du muscle cardiaque est également bien connu et suivi.

En *orthopédie*, le D^r Salter a montré les effets de la luxation congénitale de la hanche chez les tout jeunes enfants et mis au point une intervention chirurgicale permettant de corriger cette malformation assez répandue; les techniques qu'il a élaborées sont maintenant acceptées partout.

Le D^r Chang utilise des sphérules microscopiques contenant des réactifs pour suivre les processus biologiques; cette technique prometteuse s'est déjà fait valoir dans la connaissance de la dialyse rénale. Enfin, pour clore cette énumération très partielle, mentionnons que la mise au point de l'autoradiographie par le D^r Leblond a fait progresser notre connaissance des fonctions cellulaires.

Nous croyons que cette brève description illustre bien la productivité de la recherche médicale au Canada. Des travaux de ce calibre, en plus de leur valeur pratique et de la satisfaction d'avoir contribué au progrès des

connaissances générales, inspirent les jeunes enclins à la recherche et établissent des critères d'excellence.

L'enseignement

La vieille formule du chercheur-enseignant est fort discutée présentement. Plusieurs, notamment certains étudiants, craignent que l'intérêt porté à la recherche par un professeur l'isole de ses étudiants et des problèmes sociaux urgents. Cet argument n'est pas sans fondements, et s'appuie sur assez de preuves pour qu'il soit nécessaire de réévaluer les priorités et les liens entre enseignement et recherche. Toutefois, on dit que c'est l'enseignant à l'esprit curieux et investigateur qui suscite l'intérêt des étudiants. On ne peut le prouver, car il n'existe aucun moyen permettant de mesurer l'efficacité de l'enseignement, et, par conséquent, l'influence de la recherche sur celui-ci. Nous croyons personnellement que l'extension de la recherche dans les écoles de médecine est un des facteurs qui ont permis une grande amélioration de l'enseignement.

L'exercice de la médecine

On ne peut guère douter des effets bénéfiques de la recherche sur l'exercice de la médecine, bien qu'ils soient difficiles à préciser. La curiosité scientifique se propage des laboratoires et des centres hospitalo-universitaires jusqu'au cabinet du praticien, et l'amène à poser des questions auxquelles il n'aurait pas pensé autrement.

Les spécialistes et l'équipement réunis dans les centres de recherche donnent des moyens de diagnostic et de traitement irréalisables autrement. De plus, les installations de recherche et le personnel facilitent l'acceptation et l'application de nouvelles techniques au niveau local. Les chercheurs sont mis au courant de tous les progrès; ils peuvent étudier les nouvelles méthodes et les adapter aux nécessités locales.

Bref, d'excellents programmes de recherche sont indispensables à la prestation de services de première qualité.

La recherche en administration des soins

Contrairement à la recherche biomédicale, où les progrès accomplis étayaient nos arguments, la recherche en administration des soins ne peut être envisagée qu'en fonction des besoins actuels et des possibilités futures, surtout en ce qui a trait à la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

Nous avons étudié ailleurs les besoins actuels, très évidents. Il n'est guère possible de déterminer jusqu'à quel point la recherche contribuera à la résolution des problèmes d'administration des soins, mais on estime que cette contribution sera considérable.

Les effectifs de recherche

Les secteurs publics

Dans la plupart des *ministères de la Santé*, fédéral ou provinciaux, le nombre de chercheurs étudiant la formation des effectifs, l'économique, l'organisation et la gestion augmente depuis quelques années. La délimitation des domaines de recherche et l'embauche du personnel sont ina-

chevées. De plus, dans la plupart des cas, on ne peut séparer la recherche de la prestation des services. C'est pour ces raisons que nous n'avons pas tenté de dresser une liste des activités de recherche de ces ministères (hormis en certains domaines limités). Nous pouvons toutefois affirmer que les efforts actuels et les possibilités de développement sont très considérables.

Les universités

LES FACULTÉS DE MÉDECINE

L'annexe n° 7 du Supplément contient une liste des activités de recherche et d'enseignement des facultés de médecine canadiennes et de l'École d'hygiène de l'Université de Toronto. Il appert que toutes les facultés font beaucoup de recherche: sept d'entre elles ont établi des départements pour s'occuper de la recherche en administration des soins⁴: deux autres projettent d'en fonder et six autres départements agrandis (épidémiologie, hygiène publique) ont entrepris des programmes similaires.

Nous n'avons pu préciser le nombre d'étudiants diplômés s'orientant vers la recherche en administration des soins. En effet, il faudrait délimiter plus précisément ce domaine (ce qui est particulièrement difficile en ce qui concerne la sociologie et la psychologie et malaisé pour toute discipline), et disposer d'une meilleure méthode pour discerner les intentions des étudiants. Les subventions à la recherche et les bourses d'études figurent aux n°s 965-1001 de la liste des travaux de recherche, annexe 2 du Supplément.

LES DÉPARTEMENTS DE SCIENCES SOCIALES

1. Les sociologues

Jusqu'à tout récemment, le travail des sociologues dans le domaine sanitaire a été peu important. Mais, comme en témoigne le nombre de participants aux Ateliers de 1969, 1970 et 1971 sur les sciences sociales et la santé au Canada⁵ (le compte rendu du premier Atelier a été publié), l'intérêt qu'ils y portent augmente graduellement depuis cinq ans. Il faut remarquer également que quelques facultés de médecine ont embauché des sociologues. Afin de donner quelque indication de la quantité des travaux de recherche sociologique en matière d'administration des soins en cours de réalisation, nous avons groupé les projets qui semblent entrer dans cette catégorie (voir les n°s 1015-1137 de la liste des travaux de recherche, annexe 2 du Supplément).

2. Les économistes

Le professeur Ruderman, de l'Université de Toronto, compile une liste des économistes s'intéressant à l'administration des soins (n° 1009 de la liste des travaux de recherche). Les travaux de recherche en économie sanitaire figurent aux numéros 1038-1169 de la liste.

LES AUTRES ORGANISMES

À l'intérieur et l'extérieur des universités et des administrations publiques, divers organismes, tels l'Institut des archives médico-hospitalières de l'Ontario, le Groupe d'étude des réseaux hospitaliers de la Saskatchewan, et la Commission d'assurance-maladie de l'Ontario entreprennent de la

recherche en administration des soins. Une bonne part de la recherche en administration et en gestion se fait dans les hôpitaux, ce qui, dans bien des cas, nécessite la formation de personnel.

Peu des activités décrites ci-dessus datent de plus de quatre ans. Il y a donc bien peu de temps qu'on a pris conscience de la gravité des problèmes. On a pris un bon départ, quoique tardif, pour la formation des chercheurs en ce domaine.

L'adéquation de la recherche

Comme il est exposé dans la préface, l'étude visait à déterminer le niveau global, l'adéquation et l'à-propos des travaux de recherche concernant la mise en place d'un régime complet et coordonné de soins de santé. C'est pourquoi nous avons recherché les lacunes du réseau de santé actuel et les travaux de recherche et les essais visant à les combler.

Il est impossible d'effectuer une analyse précise de ces lacunes, car les données disponibles sont insuffisantes; cependant il ne fait aucun doute que les aspects de prophylaxie et de traitement du régime de santé souffrent de déficiences sérieuses. En vue de déterminer quel effort était fait pour y porter remède, nous nous sommes adressés aux organismes de l'État, aux autorités universitaires, à divers groupes spécialisés et corps professionnels, dirigeants d'hôpitaux, consultants en gestion et autres intéressés (voir l'annexe n° 5 du Supplément).

La consultation de ces sources très diverses nous a permis de compiler une liste des projets de recherche en cours de réalisation au cours de la période considérée, qui va de septembre 1970 à septembre 1971, et rentrant dans le cadre de notre étude (voir l'annexe n° 2). Le choix et la classification de ces projets a nécessité des décisions si nombreuses qu'elles n'ont pu être toutes judicieuses et uniformes. De plus, en dépit de son envergure, notre relevé n'est pas exhaustif. Il y a certainement des sources que nous n'avons pas consultées, et nous savons que certaines des données que nous avons recueillies sont insuffisantes. Heureusement, ce fait s'est produit plus rarement que nous aurions pu craindre, et nous croyons que nous avons trouvé un exemple représentatif de tous les domaines qui nous intéressaient.

Nous avons inclus dans la liste un nombre considérable d'investigations et d'essais qui n'auraient pas été considérés comme de la recherche si les critères utilisés avaient été plus sévères. De nombreux projets pilotes et des enquêtes plutôt officieuses sur l'exercice de la médecine, etc., sont inclus dans la liste; en effet, en dépit de leur manque de précision, ils représentent un effort véritable pour rassembler les faits pouvant être utiles à ceux qui recherchent des données sur diverses phases du régime de santé.

Sous bien des aspects, la liste des projets de recherche apparaît impressionnante. Mais est-elle adéquate? La réponse est négative. Les efforts faits pour combler les lacunes ont été bien trop peu nombreux si l'on tient compte du nombre de ces dernières. Ils ont été faits sans coordination, comme le réseau qu'ils visent à réformer. Mais, comme nous l'avons répété souvent, ce domaine est nouveau et les efforts entrepris au Canada paraissent prometteurs.

Renvois

Introduction

1. Canada, Parlement, Chambre des Communes, Comité spécial de la sécurité sociale. Assurance-santé, Rapport du comité consultatif de l'assurance-santé, Ottawa, Imprimeur du Roi, 1943, Président John J. Heagerty.

I. L'état sanitaire

1. K.L. White, *Evaluation of Medical Education and Health Care*, dans *Community Medicine*, par W. Lathan et Anne Newbery, Appleton-Century-Croft, New York, 1970.

2. «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». (Statuts de l'Organisation mondiale de la Santé).

3. Dans un mémoire présenté en février 1970 au Comité spécial de la pauvreté, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a indiqué que le taux de mortalité infantile était, en 1968, de 21 pour mille naissances vivantes chez tous les Canadiens, de 49 pour mille chez les Indiens et de 89 pour mille chez les Esquimaux. Dans les Territoires du Nord-Ouest, l'espérance de vie moyenne du bébé esquimau ne semble guère dépasser 50 ans. Pour les bébés indiens, l'espérance de vie dépasse à peine 60 ans. Le bébé canadien a une espérance de vie atteignant un peu plus de 70 ans. (*Life Expectancy of Canadian Eskimos*. Publication du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1968, 4 pages).

4. Selon une liste internationale abrégée de 50 causes.

5. Royaume-Uni, Ministère de la Santé, *The Annual Report of the Chief Medical Officer 1966*. Londres, H.M.S.O., 1967, page 26.

6. Les améliorations à apporter ont été clairement précisées dans l'annexe G du rapport intitulé: *Report on Health Statistics, Part 1*, publié par l'Ontario Council of Health, Toronto, 1969, 53 pages et dans le *Report on Health Statistics, Supplement 2, Part 2*, Toronto, 1970, 46 pages.

7. «L'enquête sur l'incidence de la maladie au Canada, 1950-1951» a constitué un important progrès dans cette direction. Dix mille familles, formant un échantillon choisi, ont été interrogées chaque mois, au cours d'une année, par des enquêteurs spécialement préparés pour ce travail. Des familles avaient auparavant reçu un questionnaire et des formulaires spécialement étudiés. Des techniques spéciales ont permis d'obtenir une certaine uniformité des réponses provenant de chaque province. Plus récemment, on a mené des enquêtes auprès de divers groupes sociologiques (voir le chapitre II).

8. N° 25 de la liste des travaux de recherche, Annexe 2 du Supplément.

9. Il faudra déterminer soigneusement l'orientation à donner aux enquêtes et le moment opportun pour les entreprendre. En proposant une «Enquête sur la santé au Canada», nous envisageons une série d'études, dont certaines seraient périodiques, tandis que d'autres se concentreraient sur des problèmes particuliers.

II. La qualité des soins

1. *Mechanism and Purpose. The Lancet 1*, Boston Éditorial du 7 janvier 1950, pp. 27-28.

2. Il existe certains moyens d'évaluation et de contrôle de la qualité des soins du Canada (agrément des hôpitaux, contrôle de certaines caisses d'assurance-maladie, de divers services thérapeutiques, etc. ...) qui existent depuis des années, mais ils se développent lentement. Un programme de cette nature exige de la détermination et de l'énergie de la part de ceux qui l'animent, et parfois de l'argent. Ceux dont le travail fait l'objet d'un contrôle doivent rengainer leur orgueil et accepter qu'on s'occupe un peu de leurs affaires professionnelles. Tout cela constitue un obstacle majeur.

3. Voir page 67.

4. Selon le Grand Larousse, la morbidité (on emploie parfois le terme «prévalence») est le rapport entre le nombre de gens atteints d'une maladie donnée et le chiffre de la population totale. L'incidence est le nombre de cas nouveaux apparaissant au cours d'une certaine période.

5. Ce mécanisme doit fonctionner dans tous les hôpitaux agréés par le Conseil canadien d'accréditation des hôpitaux. Presque 40 pour cent des hôpitaux du pays sont agréés (accredited), et ils comprennent 60 pour cent de l'ensemble des lits. (Voir le nouveau «Guide des hôpitaux en vue de l'agrément», du Conseil canadien d'accréditation des hôpitaux, Toronto 1972, concernant l'évaluation des soins médico-hospitaliers.)

6. Voir page 44.

7. Paul A. Lembke et Olive G. Johnson, *A Medical Audit Report: Comparison of the Findings in a 200 Bed Suburban Hospital with those in University Teaching Hospitals*. École d'hygiène publique de l'Université de Californie, Los Angeles, 1963, 291 pages.

8. Ce sont les opérations chirurgicales (y compris les interventions gynécologiques et obstétriques), les différents taux d'incidence, les indications de traitement, les complications et les taux de mortalité, les complications puerpérales et néonatales, et l'analyse de tous les décès pour déterminer si on aurait pu les prévenir, etc.

9. Kenneth F. Clute, *The General Practitioner, A Study of Medical Education and Practice in Ontario and Nova Scotia*, University of Toronto Press, Toronto, 1963, 566 pages.

10. «Rapport sur le projet d'évaluation de la qualité du service infirmier», Association des infirmières canadiennes, 50, The Driveway, Ottawa, 1966.

11. Bureau fédéral de la statistique, Maladie et soins de santé au Canada; Enquête sur la maladie au Canada, 1950-1951, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960, 217 pages.

12. Voir l'annexe n° 11 du Supplément.

13. Voir l'annexe n° 11 et l'article de Stanley Greenhill: *What does the Public Want of Health Services – The need for Some Health Indices*. Communication faite lors de la réunion annuelle du Collège des omnipraticiens du Canada, Banff, Alberta, septembre, 1971.

14. Organisation mondiale de la Santé, *International Collaborative Study of Medical Care Utilization, International Comparisons of Medical Care*, n^{os} I à VI, documents présentés à la Section des soins médicaux de

l'*American Public Health Association*, 99^e assemblée annuelle, Minneapolis, Minnesota.

15. A. Adams et coll., *Medical Care in West Sydney. A report on the Utilization of Health Services by a Defined Population. The Medical Journal of Australia*, 6 mars 1971, pp. 507-516.

16. Bureau de recherche économique, Association dentaire canadienne, *Survey of Dental Practice*, 1963, 109 pages.

17. Bureau fédéral de la statistique, *Hebdomadaire du B.F.S.*, 24 avril 1970.

18. Les Caisses d'assurance-maladie de la plupart des provinces demandent le nombre de malades examinés, le coût de l'examen, la région d'origine du malade, la nature des services du médecin, quels travaux de laboratoires ont été exécutés, quels spécialistes ont été consultés, et le diagnostic auquel le médecin est parvenu.

19. John M. Last, *Measurement of Quality of Care and Medical Audits*. Texte révisé d'une communication à la Conférence internationale sur l'évaluation des soins de santé, Université McMaster, Hamilton (Ont.), 24-28 mai 1971.

20. Organisme à but non lucratif dirigé par un conseil d'administration réunissant des délégués de l'*Ontario Hospital Association*, et de l'*Ontario Association of Medical Record Librarians*.

21. Douze hôpitaux de Québec utilisent un mécanisme de contrôle utilisant des données rassemblées par le Centre d'informatique de l'Hôpital Notre-Dame.

22. Communication privée.

23. Voir page 38 et renvoi 2.

24. Ceci constitue simplement une extension des recommandations de la Commission royale sur les services de santé (nos 95, 96, 97 et 99). (Voir Supplément, annexe 10, pp. 10-15).

III. La qualité du réseau médico-hospitalier

1. *Bricks are important, but a pile of bricks is not a house*. Supplément littéraire du Times, 21 mai 1971, p. 758.

2. Voir page 100.

IV. Le personnel de santé

1. Voir l'annexe n° 10 du Supplément.

2. Voir par exemple: Conférence nationale sur la main-d'œuvre sanitaire, Ottawa, 1969. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Canada. Conférence nationale sur l'assistance aux médecins, Ottawa, 6-8 avril 1971. Rapport publié par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa 1972, 229 pages. Rapport des comités d'étude du coût des services sanitaires au Canada (président des comités, Joseph W. Willard, Ph.D.). Trois volumes. Information Canada, Ottawa, 1973, Canada).

3. Subventions nationales à l'hygiène.

4. Abraham Flexner, *Medical Education in the United States and Canada*. Rapport présenté à la *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, bulletin n° 4, 1910, 846 pages. Réimprimé par la Merrymount Press, Boston, 1960.

5. Voir les nos 292-304 de la liste des travaux de recherche, annexe n° 2 du Supplément.

6. Il faut noter que Flexner, que l'on accuse aujourd'hui d'avoir accordé, en médecine, trop d'importance à la science, avait été plus perspicace qu'on ne l'imagine généralement. Dans une partie peu remarquée, mais très importante, d'un rapport qu'il présenta en 1910 (page 48) il dit que «La réorganisation de notre enseignement médical ne sera pas définitive. Elle néglige certains problèmes qui apparaîtront clairement quand la formation sera fermement établie sur une base scientifique. Le rôle social du médecin prendra alors une forte extension, que sa formation libérale et désintéressée lui permettra de soutenir».

7. Voir l'annexe n° 11 du Supplément.

8. Le concept d'un réseau médico-hospitalier régional complet, comprenant des services sociaux et médicaux, n'est pas nouveau. En Grande-Bretagne, le *Consultative Committee on Medical and Allied Services*, présidé par Lord Dawson of Penn, recommandait en 1920 un plan ressemblant fortement au système actuellement préconisé pour le Canada. La plupart des recommandations du Comité ont été appliquées trente ans plus tard, lors de la mise en œuvre du *National Health Service*, mais certaines (création de directions régionales de la santé, liaison étroite entre services de santé et services de bien-être social, création de centres de santé) n'ont pas encore été mises en œuvre.

Au Canada, le *Report of the Advisory Committee on Health Insurance*, présenté en 1943 par J.J. Heagerty, reconnaissait déjà la nécessité d'une réorganisation des services de santé et proposait l'élaboration d'un régime complet de services de santé. Le rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé, et tous les rapports subséquents, traitent du même sujet.

9. John R. Evans, *La coordination des programmes d'enseignement*, allocution prononcée à la Seconde conférence nationale de la main-d'œuvre sanitaire, le 21 octobre 1971, à Ottawa, 25 pages.

10. Voir l'annexe n° 7 du Supplément.

11. Moyra Allen et Mary Reidy; *Learning to Nurse. The First Five Years of the Ryerson Nursing Program. The Registered Nurses Association of Ontario*, 1971, 270 pages.

12. C'est le Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec qui étudie cette formule.

13. Kenneth F. Clute, *op. cit.*

14. Kenneth F. Clute, *op. cit.*

15. On prétend que les nouveaux types d'examen objectifs (voir page 66) sont utiles pour l'appréciation du jugement et de la compétence du médecin. Il faudrait étudier cette possibilité, mais sans retarder l'adoption d'un programme de renouvellement des agréments.

16. Voir le Chapitre II.

17. Le nombre de commissions dans chaque région dépendrait de facteurs locaux: du nombre des médecins, des spécialités concernées, etc. Chaque commission serait compétente pour juger les cas individuels.

18. Voir page 43.

19. U.E. Reinhardt; *Physician Productivity, the Supply of Physician*

Services and the Physician Shortage in Canada. Communication présentée à la cinquième réunion annuelle de l'Association canadienne d'économique, réunie du 3 au 5 juin 1971.

20. D'après le Répertoire des effectifs de santé au Canada pour 1969, nos facultés de médecine ont accordé 1 016 diplômes en médecine à des Canadiens, et notre pays a accueilli 1 345 médecins immigrants cette année-là.

21. John R. Evans, *op. cit.*

22. R. Nelson-Jones et David G. Fish, *Projections of Graduates from Canadian Medical Schools, 1970-1981*, Journal de l'Association médicale canadienne, vol. 102, 25 avril 1970, pp. 850-854.

23. Nous ne pouvons calculer l'accroissement possible des inscriptions dans les écoles de médecine. Il appartient à chaque école d'utiliser tous les moyens pour accroître au maximum le nombre de ses diplômés, à cause de la pénurie actuelle de médecins.

24. Communication privée du Dr William J. Copeman, Coordonnateur médical, Programme pour les régions sous-médicalisées, Ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto.

25. En février 1972, quelque 202 étudiants bénéficiaient du programme de bourses d'études.

26. Le centre de santé au Canada; Rapport de l'étude sur les centres de santé, présenté à la conférence des ministres de la Santé, John E.F. Hastings, président du groupe d'études, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Date de publication probable: 1972. (Note du rédacteur: Ce rapport a été ultérieurement publié sous forme d'un supplément au CMA Journal, vol. 107, 19 août 1972, pp. 361-380.)

27. Nos 282-291 de la Liste des travaux de recherche, Annexe 2 du Supplément.

28. E.F. Hughes, V.R. Fuchs et coll.: *Surgical Workloads in a Community Practice*, National Bureau of Economic Research, Inc., New York, sans date, 21 pages.

J.P. Bunker, *Surgical Manpower: A Comparison of Operations and Surgeons in the United States and in England and Wales*, *New England Journal of Medicine*, vol. 282, n° 3, 15 janvier 1970, pp. 135-144.

Victor Fuchs, *Improving the Delivery of Health Services*, *Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 51-A, n° 2, mars 1969, pp. 407-412.

W.P. Longmire, Jr., *Problems in the Training of Surgeons and in the Practice of Surgery*, *American Journal of Surgery*, vol. 110, juillet 1965, pp. 16-20.

J.V. Maloney, *A report on the role of economic motivation in the performance of medical school faculty*, *Surgery*, vol. 68, 1970, pp. 1-19.

P.G. Masson, T.C. Moody et J.D. Stubbs, *Planning and Control for Community Hospitals, a Case Study of the Cambridge Hospital*, Alfred P. Sloan, School of Management, M.I.T., vol. 1, 173 pages, vol. 2, mai 1971, 278 pages.

A. Owens, *General Surgeons: Too Many in the Wrong Places*, *Medical Economics*, vol. 47, 1970, pp. 128-133.

R.B. Phillips, *Analysis of a Rural Surgical Practice*, *American Journal of Surgery*, vol. 115, 1968, pp. 795-798.

J.H. Strickler, *How Many Surgeons are Needed? Minnesota Medecine*, vol. 51, 1968, p. 331.

29. Nous proposons ce titre d'assistance médicale (on pourrait le mettre au masculin, le cas échéant) pour englober un certain nombre de professions: assistante de médecin, infirmière-visiteuse, infirmière de service de consultation, infirmière spécialisée, etc. Peut-être lui trouvera-t-on un titre plus frappant.

30. On n'a pas enregistré de mortalité puerpérale au cours de la période 1966-1968, et la mortalité infantile a été considérablement réduite au cours de la même période.

31. D.C. Bews, *Effective Utilization of Nurses in Industry*, *American Association of Industrial Nurses Journal*, vol. 5, n° 10, octobre 1957, pp. 23-28.

32. *Report on the Regionalization of Reproductive Care in Canada*, par le Comité mixte de la Société canadienne des obstétriciens et gynécologues et de la Société canadienne de pédiatrie, 1971 (non encore publié, autorisation de citer).

33. Depuis la rédaction du présent exposé le rapport suivant est paru: Rapport du Comité sur les infirmières cliniciennes; prof. T.J. Boudreau, président du Comité, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, avril 1972, 52 pages.

34. C. Hanly, *Mental Health in Ontario*, Étude pour le *Committee of the Healing Arts*, Imprimeur de la Reine, Toronto, 1970.

35. Voir les n°s 158-181 de la liste des travaux de recherche, annexe 2 du Supplément.

36. Mentionnons à ce sujet une étude effectuée sous les auspices du Conseil ontarien de la santé, de facultés de médecine, de l'Association médicale de l'Ontario, du Collège des médecins de famille et du Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario; les résultats ont été publiés dans l'*Annual Report of the College of Physicians and Surgeons*, Toronto, 1970.

37. Extrait de la communication de T. Boudreau, intitulée «Les besoins futurs en main-d'œuvre sanitaire», présentée à la Deuxième conférence nationale de la main-d'œuvre sanitaire, le 19 octobre 1971: «Dans une étude en cours à l'Université de Sherbrooke sous la direction de M. Richard Béland, pour le compte du Comité d'étude de la main-d'œuvre hospitalière du Québec, il a été possible de dénombrer quatre cent vingt (420) professions différentes dans les hôpitaux de Québec à partir des formules de budget des hôpitaux».

38. Ibid., pp. 32-34.

39. Ibid., pp. 37-38.

V. L'organisation du secteur sanitaire

1. J.E.F. Hastings, *Major Issues for Decision and Action in Health Services in Canada, A Report of a working Conference on the Implications of a Health Charter for Canadians*. Congrès du travail du Canada, Ottawa, 1965, pp. 40-51.

2. John R. Evans, La coordination des programmes d'enseignement, Deuxième conférence nationale de la main-d'œuvre sanitaire, 21 octobre 1971.

3. *Annuaire du Canada* 1970-1971, Statistique Canada, Information Canada, Ottawa, 1971.

4. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Québec); Ontario Council of Health; Committee on Healing Arts (Ontario).

5. Allocution de l'honorable John Munro, prononcée lors de la réunion annuelle de l'Association des facultés de médecine du Canada, qui s'est tenue à Edmonton (Alb.) en octobre 1971.

6. Les derniers chiffres dont nous disposons montrent qu'en 1968 il y avait au Canada 232 hôpitaux généraux comptant moins de 25 lits et 433 comptant moins de 50 lits. *Annuaire du Canada* 1970-1971, Statistique Canada, Information Canada, Ottawa, 1971.

7. Voir exemples à l'annexe n° 8 du Supplément.

8. Voir le chapitre VII.

9. On devrait appliquer les quelques principes suivants :

– Les hôpitaux généraux devraient offrir tous les services ordinaires.

– Ils devraient offrir des services spéciaux quand le nombre de cas et la présence d'un personnel spécialisé le justifient et que les installations nécessaires existent.

– Il faudrait concentrer les services qui exigent un équipement coûteux et auxquels les malades peuvent être amenés (tels ceux de radiothérapie).

– Les services-pilotes exigeant un équipement ou un personnel spécialisé ne devraient exister que dans un seul hôpital.

10. Voir page 103.

11. On en a relevé jusqu'à 25 pour cent à Toronto: *Metro Toronto Hospital Planning Council*. Deuxième rapport annuel 1968, p. 11.

12. R.E. Bell, *Medical Laboratory Accreditation and Quality Control in Alberta: I. Laboratory Accreditation*, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 103, 21 novembre 1970, pp. 1169-1174.

13. Private Clinical Laboratories in Ontario, *Chemical Engineering Research Consultants Ltd.*, une étude pour le *Committee on the Healing Arts*, Imprimeur de la Reine, Toronto, 1969.

14. David B. Tonks, *A Study of the Accuracy and Precision of Clinical Chemistry Determinations in 170 Canadian Laboratories*, *Clinical Chemistry*, vol. 9, n° 2, 1963, pp. 217-233.

15. R.E. Bell, *op. cit.*, pp. 1169-1174.

16. *Committee on the Healing Arts, op. cit.*, p. 42.

17. R.E. Bell, *Medical Laboratory Accreditation and Quality Control in Alberta: II. Quality Control*, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 104, 3 avril 1971, pp. 590-594.

18. Ministère ontarien de la Santé, rapport du Conseil ontarien de la santé intitulé *Health Care Delivery Systems*, annexe H, partie II. Rapport sur les services des laboratoires régionaux, p. 145. Direction des communications, ministère ontarien de la Santé, 1969.

19. *Ibid.*

20. En 1967, 55 pour cent des médecins canadiens exerçaient isolément. Quatorze pour cent d'entre eux étaient associés avec un autre médecin, et 31 pour cent faisaient partie d'un groupe. R.D. Fraser, *Selected Economic Aspects of the Health Care Sector in Ontario*, *Committee on the Healing Arts*, Imprimeur de la Reine, Toronto 1970, tableau A 24, p. 249.

21. Il existe de nombreux centres médicaux de catégories et types divers (450 environ en 1967: Médecine de groupe, rapport du Comité de l'Association médicale canadienne). Certains se composent uniquement de médecins exerçant la médecine de famille, d'autres associent ces médecins et des spécialistes, et d'autres des spécialistes de formations différentes. La plupart de ces centres sont situés dans les villes et sont relativement petits. Il en existe cependant d'autres, car en 1967 on comptait 20 (dernier chiffre disponible) groupes de dix médecins ou plus servant une imposante clientèle: un des centres que nous avons visités dans l'Ouest canadien tient à jour les dossiers de 400 000 clients.

22. Nombre de leurs membres sont des profanes.

23. Exemples de régions où on a effectué des études: La région de Sherbrooke, Qué. (voir page 101); les régions sous-médicalisées de l'Ontario (voir page 71); les «régions» mentionnées dans l'étude de l'O.M.S. (voir l'annexe n° 11 du Supplément); les études faites en Alberta, à Montréal et à Toronto (voir l'annexe n° 11).

24. *Portfolio for Health, The role and programme of the DHSS in Health Services Research*. Publié pour le *Nuffield Provincial Hospital Trust*, par Oxford University Press. Londres, New York, Toronto, 1971.

25. R.M. Anderson, communication privée.

26. G. Gingras, Médecine physique 1970. *Annales du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*, avril 1971, pp. 115-122.

27. Ministère ontarien de la Santé, rapport du Conseil ontarien de la santé sur: *Health Care Delivery Systems-Rehabilitation Services*, Supplément n° 6, 1970, pp. 17 et 18.

28. Voir l'annexe n° 10 du Supplément.

29. E.V. Whan, *Comprehensive Health Care Planning: The Role of the Teaching Hospital*. Communication à la réunion d'octobre 1969 de l'Association des hôpitaux d'enseignement canadiens, Toronto, 1969, 15 pages.

30. Thomas J. Boudreau, *The Regionalization of Health Service - The Eastern Townships Experience*, Communication à la réunion annuelle de l'Association canadienne d'hygiène publique, le 20 mai 1970, à Winnipeg, 40 pages.

31. *Ibid.*

32. Ministère ontarien de la Santé, rapport du Conseil ontarien de la santé: *Regional Organization of Health Services*, supplément n° 1, 1970, 31 pages.

33. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, *A Report on an Integrated System of Hospital Facilities and Related Services*. Présidents: G.B. Rosenfeld, G. Graham Simms, 1971, 93 pages.

34. Conseil de planification hospitalière du Grand Toronto, *Fourth Annual Report, 1970*; président: H. Hoyle Campbell, Toronto, 1970, 31 pages.

35. Rapport préliminaire du Comité mixte de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et de la Société canadienne de pédiatrie, sur la régionalisation des soins de maternité au Canada, mai 1971 (Non encore publié, et cité avec la permission des responsables).

36. «Si le taux de mortalité au Canada était égal à celui que l'on prévoit dans les services d'obstétrique des centres hospitalo-universitaires, il y

aurait probablement 2 000 décès de nouveau-nés en moins chaque année».

VI. Les coûts et la gestion

1. Conseil économique du Canada, septième exposé annuel; Les diverses formes de croissance, Information Canada, Ottawa, septembre 1970, 119 pages. Cette observation n'a rien de surprenant. Cet accroissement est en fait moindre que celui qui avait été prévu par le Rapport de la Commission royale d'étude des services de santé, Canada, Imprimeur de la Reine, Ottawa 1964, juge en chef Emmett M. Hall, président, volume 1, p. 795. Dans son Rapport, la Commission estimait que la proportion du P.N.B. consacrée aux services de santé devrait se situer entre 5.46 et 5.66 pour cent en 1966 (selon le taux de croissance du P.N.B.).

2. Les soins individuels comprennent:

1) Les services hospitaliers, y compris les hôpitaux publics et privés, les maternités, les hôpitaux pour maladies chroniques et les maisons de convalescence; on exclut les établissements psychiatriques, les sanatoriums et tous les hôpitaux fédéraux. Les chiffres mentionnés englobent les frais d'exploitation de ces hôpitaux et l'amortissement des installations, mais excluent celui des immobilisations.

2) Les services médicaux. Les chiffres mentionnés représentent les honoraires des praticiens privés.

3) Les services dentaires. Ces chiffres représentent les honoraires des dentistes en cabinet.

4) Les médicaments. Ces chiffres approximatifs proviennent de l'évaluation des ventes sur ordonnance des pharmacies de détail du Canada.

3. Ralph D. Baker, *A bird in a Badminton Cage*, Canadian Hospital, Vol. 47, n° 6, juin 1970.

4. Rapports du comité d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada. Vol. 2, Ottawa 1973, p. 73.

5. Résultats de l'enquête internationale menée auprès d'experts-conseils par le Groupe d'étude des sciences de la santé, 1971. Cette enquête a été exécutée avec la collaboration de Douglas Nesbitt.

6. Voir l'annexe n° 8 du Supplément.

VII. L'administration des soins et l'informatique

1. Communication privée de la Commission ontarienne des services hospitaliers.

2. Morton D. Schwartz, *Computer Systems in Medicine*, Communication présentée lors de la 40^e Conférence nationale commune sur les grands ensembles informatiques, réunie du 25 au 27 octobre 1971, à Anaheim (Californie) sous les auspices de l'*Institute of Electrical and Electronics Engineers* et du *Systems, Management and Cybernetics Group* de l'*Operations Research Society of America*.

3. R.A. Denison, *A Bibliography of Operational Research in Hospitals and the Health Services*, University Microfilms Ltd., Ann Arbor, Michigan, 1970.

4. *Hospital Systems Study Group Annual Report 1970*, Université de la Saskatchewan, Saskatoon, 1970, 33 pages.

5. Consulter par exemple l'ouvrage de Gordon H. Robinson et coll.,

Computer Simulation of Hospital Patient Scheduling Systems; Health Services Research, été 1968, pp. 130-141.

6. Shlome Barnoon et Harvey Wolfe, *Scheduling a Multiple Operating Room System; A Simulation Approach*, *Health Services Research*, hiver 1968, pp. 272-285.

7. George H. Milly et Leon S. Pocink, *A Computer Simulation Model for Evaluation of the Health Care Delivery System*. Centre national de la R & D pour les services sanitaires, Secrétariat à la Santé, à l'Éducation et au Bien-être social des É.-U., juin 1970, 89 pages.

8. John H. Milsum et coll., *Health System Ecology; An Interactive Model*, Communication présentée à la 40^e Conférence nationale commune sur les grands ensembles informatiques, ORSA et IEEE, Anaheim (Californie), Octobre 1971.

9. S. Fanshel et J.W. Bush, *Health Status Index and its Application to Health Services Outcomes*, *Journal of the Operations Research Society of America*, vol. 18, n^o 6, novembre-décembre 1970, pp. 1021-1066.

10. Hari Anand, *A Computer-Based Hospital Information System*, *Hospital Administration in Canada*, septembre 1971.

11. James A. Terrano, *Medical Information System Feasibility Study*, E.D.P. et division des services hospitaliers, *Minnesota Hospital Service Association*, décembre 1970.

12. D. Shepley, *A Patient Oriented Information System and Environment - POISE*, *Canadian Datasystem*, mai 1970, pp. 50-62.

13. Voir les n^{os} 418, 350, et 210 de l'annexe 2 du Supplément.

14. Morton D. Schwartz, *op. cit.*

15. *Private Clinical Laboratories in Ontario, A Study for the Committee on the Healing Arts*; Imprimeur de la Reine, Toronto, 1969.

16. K. Brodman et coll., *Cornell Medical Index, An Adjunct to Medical Interview*; *Journal of the American Medical Association*, vol. 140, 11 juin 1949, pp. 530-534.

17. Voir les n^{os} 242, 399 et 525 de l'annexe 2 du Supplément.

18. Irving F. Kanner, *Programmed Medical History-Taking With or Without Computer*. *Journal of the American Medical Association* vol. 207, n^o 2, 13 janvier 1969, pp. 317-321.

19. Communication privée de l'Association médicale canadienne.

20. M.F. Collen, *Periodic Health Examination Using an Automated Multitest Laboratory*. *Journal of the American Association*, vol. 195, 7 mars 1966, pp. 142-145.

21. H.L. Dunn, *Record Linkage*, *American Journal of Public Health*, vol. 36, décembre 1946, pp. 1412-1416.

22. Gordon McLachlan, directeur de publication: *Portfolio for Health The Role and Programme of the D.H.S.S.* in Health Services Research*, publié par *Oxford University Press*, sous les auspices du *Nuffield Provincial Hospital Trust*, Londres, 1971, 300 pages.

*D.H.S.S. (Ministère britannique de la Santé et de la Sécurité sociale)

23. Howard B. Newcombe, *Risks to Siblings of Stillborn Children*, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 98, 27 janvier 1968, pp. 189-193.

24. Conseil des recherches médicales du Canada, Rapport n^o 3, *Health Research Uses of Record Linkage in Canada*, Ottawa, 1968.

25. Ministère ontarien de la santé. *Report of the Ontario Council of Health on Health Care Delivery Systems: Role of Computers in the Health Field*, supplément n° 9, 1970. Voir également la référence concernant Donald A.B. Lindberg, dans la bibliographie.

26. Joseph F. Terdiman, *Mass Random Storage Devices and Their Application to a Medical System (MIS), Computers and Biomedical Research*, vol. 3, 1970, pp. 528-538. Voir également la référence concernant E.E. Van Brunt, n° 414, annexe 2 du Supplément.

27. Sixten Abrahamsson et coll., *Danderyd Hospital Computer System II, Total Regional System for Medical Care, Computers and Biomedical Research*, vol. 3, février 1970, pp. 30-46.

28. *Hospitals in Sweden, Modern Hospital*, octobre 1971, pp. 105-116.

29. Donald A.B. Lindberg, *A Statewide Medical Information System; Computers and Biomedical Research*, vol. 3, 1970, pp. 453-463.

30. Ministère ontarien de la santé, op. cit.

31. Voir les n°s 291 et 332, annexe 2 du Supplément.

32. Thomas Taylor, *Computers in Medicine, Science Journal*, octobre 1970, pp. 81-86.

33. Cet organisme publie sa revue à l'adresse suivante: Arithmed Verlags, A.G., CH-8001, Ramistrasse 7, Zurich, Suisse.

VIII. La prévention de la maladie et la promotion de la santé

1. Ces données proviennent de Statistique Canada et de la Fondation de recherche sur les accidents de la route.

2. Cela équivaut à l'utilisation constante de cinq grands hôpitaux de 550 lits chacun.

3. V.R. Fuchs, *Medical Economics*, 5 février 1968.

4. Quatre projets n°s 193, 194, 197 et 201 de la liste des travaux de recherche (annexe 2 du Supplément) visent à évaluer l'efficacité des programmes d'éducation.

5. D.L. Sackett, *Can Screening Programs for Serious Diseases Really Improve Health? Science Forum*, vol. 3, n° 3, juin 1970, pp. 9-13.

6. Voir les n°s 779-824 de la liste des travaux de recherche, annexe 2 du Supplément.

7. Rapport préliminaire du Comité mixte de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Canada et de l'Association canadienne de pédiatrie, sur la régionalisation des soins périnataux au Canada. Rapport non publié, cité avec permission (s.d.).

8. 1) *Air Pollution and Health* – Sommaire et rapport sur la pollution atmosphérique et ses effets sur la santé publique, rédigé par le Comité d'étude de tabac et de la pollution atmosphérique, auprès du Collège royal de médecine de Londres, Pitman Medical, Londres, 1970.

2) David V. Bates, *Air Pollution and the Human Being, American Review of Respiratory Disease*, vol. 105, 1972, Opp. 1-13.

9. Communication du D^r D.C. Bews, Directeur médical, Bell Canada lequel nous a fait parvenir les graphiques n°s 4 et 5.

10. Depuis quelques années, on a pondéré les statistiques concernant les consultations, pour tenir compte de leur durée; cette pondération révèle une importance encore plus grande de l'aspect prophylaxie.

IX. La recherche en sciences de la santé au Canada

1. Cette distinction semblait plus naturelle et plus utile, dans le contexte de notre étude, que celle du manuel de Frascati, qui distingue la recherche fondamentale (celle qui se préoccupe essentiellement de l'avancement des sciences sans but pratique), la recherche appliquée (qui cherche à atteindre un objectif précis), et le développement technique. La formule de Frascati ne mettait pas en relief les questions que nous jugions être fondamentales. Selon notre hypothèse de base, les problèmes les plus urgents se posent dans les domaines sanitaires et sociaux; si elle est exacte, il est donc nécessaire de les étudier séparément.

2. Les crédits dont le C.R.M. dispose pour financer la recherche médicale sont passés de 270 000 dollars pour la période 1947-1948 à 34 millions de dollars en 1970-1971. Cette dernière année, près d'un quart du total a servi à la formation des chercheurs (bourses et subventions, formation pré- et post-doctorat). Conseil des recherches médicales du Canada – Rapport n° 2, L'état actuel et l'avenir de la recherche médicale au Canada, Ottawa, 1968, 474 pages; et Rapport du président 1970-1971, Ottawa, 1971.

3. Pendant une grande partie de notre enquête, la Commission pour l'étude de la rationalisation de la recherche universitaire poursuivait son travail.

4. On doit remarquer que le premier de ceux-ci a été créé en 1967.

5. Atelier sur les sciences sociales et la santé au Canada, Toronto, 3 et 4 juin 1969. Compte rendu publié dans le bulletin trimestriel du *Milbank Memorial Fund*, vol. XLIX, n° 2, partie 1, avril 1971, 320 pages. Robin F. Badgley, directeur de publication.

Annexes

Table des matières du Supplément

Un bon nombre des données utilisées pour la présente étude se trouvent dans le Supplément, intitulé: *Health Care in Canada: Supplementary Papers*, qui contient ce qui suit:

Annexe n° 1 – Index de la liste des travaux de recherche en administration des soins (classement par catégories).

Annexe n° 2 – Liste des travaux de recherche en administration des soins en cours de réalisation entre septembre 1970 et septembre 1971. La liste mentionne tous les travaux qui paraissaient rentrer dans le cadre de la présente étude.

Annexe n° 3 – Liste des chargés de recherche effectuant les travaux mentionnés dans l'annexe n° 2.

Annexe n° 4 – Liste des universités et lieux de recherche où s'effectuaient les travaux.

Annexe n° 5 – Liste des sources consultées pour établir la liste des travaux.

Annexe n° 6 – Utilisation de l'informatique en administration des soins au Canada. Un résumé de l'utilisation de l'informatique dans les hôpitaux canadiens.

Annexe n° 7 – Renseignements sur les facultés de médecine canadiennes et l'École d'hygiène de l'Université de Toronto. Résumé de quelques travaux récents concernant l'enseignement en matière d'administration des soins et d'organisation de la recherche.

Annexe n° 8 – Organismes officiels de planification sanitaire.

Annexe n° 9 – Programme de l'Université McMaster pour la formation d'assistantes médicales.

Annexe n° 10 – Recommandations formulées dans des rapports antérieurs.

Quelques recommandations faites par:

La Commission royal d'enquête sur les services de santé.

Le Conseil ontarien de la santé (*Ontario Council of Health*).

Le Comité d'étude du coût des services sanitaires au Canada.

Les Conférences nationales de la main-d'œuvre sanitaire.

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

Le Comité des arts de guérir (*Committee on the Healing Arts*).

Le Comité de normalisation de l'hygiène publique (*Public Health Practices Committee*).

Le Comité des recherches médicales (Rapport n° 2).

Sur les sujets suivants:

Le régime complet de soins de santé.

La qualité des soins de santé.

L'organisation des services sanitaires.

La formation du personnel sanitaire.

L'informatique dans le secteur médico-hospitalier.

La recherche en administration des soins.

Annexe n° 11 – Résultats d'enquêtes menées au Canada. Présentation sous forme de tableaux de certains résultats des enquêtes suivantes menées au Canada et ailleurs au sujet des utilisateurs des services de santé:

Étude sur l'administration des soins en Alberta.

Étude sur les ménages torontois.

Étude commune de l'Organisation mondiale de la Santé au sujet de l'utilisation des services médicaux (C.-B., Alberta, Saskatchewan et ailleurs).

Publications du Conseil des sciences du Canada

Rapports annuels

- Premier rapport annuel, 1966-1967 (SS1-1967F)**
- Deuxième rapport annuel, 1967-1968 (SS1-1968F)**
- Troisième rapport annuel, 1968-1969 (SS1-1969F)**
- Quatrième rapport annuel, 1969-1970 (SS1-1970F)**
- Cinquième rapport annuel, 1970-1971 (SS1-1971F)**
- Sixième rapport annuel, 1971-1972 (SS1-1972F)**
- Septième rapport annuel, 1972-1973 (SS1-1973F)**

Rapports

- Rapport n° 1,* **Un programme spatial pour le Canada (SS22-1967/1F, \$0.75)**
- Rapport n° 2,* **La proposition d'un générateur de flux neutroniques intenses – Première évaluation et recommandations (SS22-1967/2F, \$0.25)**
- Rapport n° 3,* **Un programme majeur de recherches sur les ressources en eau du Canada (SS22-1968/3F, \$0.75)**
- Rapport n° 4,* **Vers une politique nationale des sciences au Canada (SS22-1968/4F, \$0.75)**
- Rapport n° 5,* **Le soutien de la recherche universitaire par le gouvernement fédéral (SS22-1969/5F, \$0.75)**
- Rapport n° 6,* **Une politique pour la diffusion de l'information scientifique et technique (SS22-1969/6F, \$0.75)**
- Rapport n° 7,* **Les sciences de la Terre au service du pays – Recommandations (SS22-1970/7F, \$0.75)**
- Rapport n° 8,* **Les arbres ... et surtout la forêt (SS22-1970/8F, \$0.75)**
- Rapport n° 9,* **Le Canada ... leur pays (SS22-1970/9F, \$0.75)**
- Rapport n° 10,* **Le Canada, la science et la mer (SS22-1970/10F, \$0.75)**
- Rapport n° 11,* **Le transport par ADAC: Un programme majeur pour le Canada (SS22-1970/11F, \$0.75)**
- Rapport n° 12,* **Les deux épis, ou l'avenir de l'agriculture (SS22-1970/12F, \$0.75)**
- Rapport n° 13,* **Le réseau transcanadien de téléinformatique: I^{ère} phase d'un programme majeur en informatique (SS22-1971/13F, \$0.75)**
- Rapport n° 14,* **Les villes de l'avenir–Les sciences et les techniques au service de l'aménagement urbain (SS22-1971/14F, \$0.75)**
- Rapport n° 15,* **L'innovation en difficulté–Le dilemme de l'industrie manufacturière au Canada (SS22-1971/15F, \$0.75)**
- Rapport n° 16,* **«... mais tous étaient frappés»–Analyse de certaines inquiétudes pour l'environnement et dangers de pollution de la nature canadienne (SS22-1972/16F, \$1.00)**
- Rapport n° 17,* **In vivo – Quelques lignes directrices pour la biologie fondamentale au Canada (SS22-1972/17F, \$1.00)**

- Rapport n° 18*, **Objectifs d'une politique canadienne de la recherche fondamentale** (SS22-1972/18F, \$1.00)
- Rapport n° 19*, **Problèmes d'une politique des richesses naturelles au Canada** (SS22-1973/19F, \$1.25)
- Rapport n° 20*, **Le Canada, les sciences et la politique internationale** (SS22-1973/20F, \$1.25)
- Rapport n° 21*, **Stratégies pour le développement de l'industrie canadienne de l'informatique** (SS22-1973/21F, \$1.50)

Études spéciales

Les cinq premières études de la série ont été publiées sous les auspices du Secrétariat des sciences.

- Special Study No. 1*, **Upper Atmosphere and Space Programs in Canada**, by J.H. Chapman, P.A. Forsyth, P.A. Lapp, G.N. Patterson (SS21-1/1, \$2.50)
- Special Study No. 2*, **Physics in Canada: Survey and Outlook**, by a Study Group of the Canadian Association of Physicists headed by D.C. Rose (SS21-1/2, \$2.50)
- Étude spéciale n° 3*, **La psychologie au Canada**, par M.H. Appley et Jean Rickwood, Association canadienne des psychologues (SS21-1/3F, \$2.50)
- Étude spéciale n° 4*, **La proposition d'un générateur de flux neutroniques intenses: Évaluation scientifique et économique**, par un Comité du Conseil des sciences du Canada (SS21-1/4F, \$2.00)
- Étude spéciale n° 5*, **La recherche dans le domaine de l'eau au Canada**, par J.P. Bruce et D.E.L. Maasland (SS21-1/5F, \$2.50)
- Étude spéciale n° 6*, **Études de base relatives à la politique scientifique: Projection des effectifs et des dépenses R & D**, par R.W. Jackson, D.W. Henderson et B. Leung (SS21-1/6F, \$1.25)
- Étude spéciale n° 7*, **Le gouvernement fédéral et l'aide à la recherche dans les universités canadiennes**, par John B. Macdonald, L.P. Dugal, J.S. Dupré, J.B. Marshall, J.G. Parr, E. Sirluck, E. Vogt (SS21-1/7F, \$3.00)
- Étude spéciale n° 8*, **L'information scientifique et technique au Canada**,
Première partie, par J.P.I. Tyas (SS21-1/8F, \$1.00)
II^e partie, Premier chapitre, Les ministères et organismes publics (SS21-1/8-2-1F, \$1.75)
II^e partie, Chapitre 2, L'industrie (SS21-1/8-2-2F, \$1.25)
II^e partie, Chapitre 3, Les universités (SS21-1/8-2-3F, \$1.75)
II^e partie, Chapitre 4, Organismes internationaux et étrangers (SS21-1/8-2-4F, \$1.00)
II^e partie, Chapitre 5, Les techniques et les sources (SS21-1/8-2-5F, \$1.25)

- II^e partie, Chapitre 6, Les bibliothèques* (SS21-1/8-2-6F, \$1.00)
- II^e partie, Chapitre 7, Questions économiques* (SS21-1/8-2-7F, \$1.00)
- Étude spéciale n° 9, La chimie et le génie chimique au Canada: Étude sur la recherche et le développement technique*, par un groupe d'étude de l'Institut de Chimie du Canada (SS21-1/9F, \$2.50)
- Étude spéciale n° 10, Les sciences agricoles au Canada*, par B.N. Smallman, D.A. Chant, D.M. Connor, J.C. Gilson, A.E. Hannah, D.N. Huntley, E. Mercier, M. Shaw (SS21-1/10F, \$2.00)
- Étude spéciale n° 11, L'invention dans le contexte actuel*, par Andrew H. Wilson (SS21-1/11F, \$1.50)
- Étude spéciale n° 12, L'aéronautique débouche sur l'avenir*, par J.J. Green (SS21-1/12F, \$2.50)
- Étude spéciale n° 13, Les sciences de la Terre au service du pays*, par Roger A. Blais, Charles H. Smith, J.E. Blanchard, J.T. Cawley, D.R. Derry, Y.O. Fortier, G.G.L. Henderson, J.R. Mackay, J.S. Scott, H.O. Seigel, R.B. Toombs, H.D.B. Wilson (SS21-1/13F, \$4.50)
- Étude spéciale n° 14, La recherche forestière au Canada*, par J. Harry G. Smith et Gilles Lessard (SS21-1/14F, \$3.50)
- Étude spéciale n° 15, La recherche piscicole et faunique*, par D.H. Pimlott, C.J. Kerswill et J.R. Bider (SS21-1/15F, \$3.50)
- Étude spéciale n° 16, Le Canada se tourne vers l'océan: Étude sur les sciences et la technologie de la mer*, par R.W. Stewart et L.M. Dickie (SS21-1/16F, \$2.20)
- Étude spéciale n° 17, Étude sur les travaux canadiens de R & D en matière de transports*, par C.B. Lewis (SS21-1/17F, \$0.75)
- Étude spéciale n° 18, Du formol au Fortran – La biologie au Canada*, par P.A. Larkin et W.J.D. Stephen (SS21-1/18F, \$2.50)
- Étude spéciale n° 19, Les conseils de recherches dans les provinces, au service du Canada*, par Andrew H. Wilson (SS21-1/19F, \$1.50)
- Étude spéciale n° 20, Perspectives d'emploi pour les scientifiques et les ingénieurs au Canada*, par Frank Kelly (SS21-1/20F, \$1.00)
- Étude spéciale n° 21, La recherche fondamentale*, par P. Kruus (SS21-1/21F, \$1.50)
- Étude spéciale n° 22, Sociétés multinationales, investissement direct de l'étranger, et politique des sciences du Canada*, par Arthur J. Cordell (SS21-1/22F, \$1.50)
- Étude spéciale n° 23, L'innovation et la structure de l'industrie canadienne*, par Pierre L. Bourgault (SS21-1/23F, \$2.50)
- Étude spéciale n° 24, Aspects locaux, régionaux et mondiaux des problèmes de qualité de l'air*, par R.E. Munn (SS21-1/24F, \$0.75)

- Étude spéciale n° 25*, **Les associations nationales d'ingénieurs, de scientifiques, et de technologues du Canada**, par le Comité de direction de SCITEC et le Professeur Allen S. West (SS21-1/25F, \$2.50)
- Étude spéciale n° 26*, **Les pouvoirs publics et l'innovation industrielle**, par Andrew H. Wilson (SS21-1/26F, \$3.75)
- Étude spéciale n° 27*, **Études sur certains aspects de la politique des richesses naturelles**, par W.D. Bennett, A.D. Chambers, A.R. Thompson, H.R. Eddy et A.J. Cordell (SS21-1/27F, \$2.50)
- Étude spéciale n° 28*, **Formation et emploi des scientifiques—Caractéristiques des carrières de certains diplômés canadiens et étrangers**, par A.D. Boyd et A. Gross (SS21-1/28F, \$2.25)
- Étude spéciale n° 29*, **Considérations sur les soins de santé au Canada**, par H. Rocke Robertson (SS21-1/29F, \$2.75)