

Les soins de courte durée à Montréal

Mémoire présenté par:

le Conseil central de Montréal (CSN)

**devant la Commission d'enquête sur les
services de santé et les services sociaux**

Juin 1986



1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

TABLE DES MATIERES

Introduction	Page 1
Le revenu des individus et des familles comme indicateur de pauvreté	
L'habitation comme indicateur de pauvreté	6
L'éducation comme indicateur de pauvreté	6
Quelques données sur l'état de santé des personnes à faible revenu	8
La santé physique	9
La situation de la santé mentale n'est pas plus reluisante dans ce quartier	10
L'environnement	12
Diversité culturelle et ethnique	15
<u>DEUXIEME PARTIE</u>	17
Les soins médicaux	18
Les facteurs prédominants et l'approche biologique	18
Des soins qui répondent mal aux attentes des usagères et usagers	20
La réforme des services de santé et des services sociaux n'a pas remis en cause la médecine libérale	21
La clinique communautaire de Pointe St-Charles	22
La prolifération des polycliniques et des cliniques privées	23

La pratique médicale en CLSC et en polyclinique	25.
Le pouvoir des hôpitaux	27
La crise des urgences	30
Le Ministère et le CRSSS	31
Les médecins	32
Comment poursuivre au niveau des soins médicaux, l'objectif de la santé pour tous en l'an 2,000	35

Depuis le début du XXe siècle, les pays industrialisés sont fortement marqués par le phénomène de l'urbanisation. Passant de la campagne à la ville où l'industrie lui offrait du travail, l'habitant des campagnes allait modifier l'environnement économique, social et physique du territoire québécois. Aujourd'hui le Québec se retrouve avec presque un tiers de sa population concentrée dans la seule région du Montréal métropolitain.

Montréal, unique au Québec, comparable seulement à quelques autres grandes régions urbaines, est un phénomène complexe d'organisation sociale, de structure économique et de diversité culturelle et ethnique: 7,500 usines, un million d'emplois, 60 centres de recherche, 79 sièges sociaux, le quatrième port d'Amérique. Splendeur des grandes villes, mais aussi misère des grandes villes! Près de la moitié des chômeuses et chômeurs du Québec réside à Montréal. Dans certains quartiers, le taux de chômage grimpe à 30%. Alors que la majorité des montréalaises et montréalais sont locataires, Montréal compte à elle seule 25% des logements détériorés au Canada. Le nombre de logements à prix modique est insuffisant. Présentement, au-delà de 19,000 ménages sont inscrits sur la liste d'attente de l'Office municipal d'habitation.

Cette grande ville, difficilement définissable tant par son effervescence que par ses contrastes, reflète autant les aspects positifs de la vie au Québec que les faiblesses et les inégalités d'une société comme la nôtre. Micheline

Mayer-Renaud, du service de la recherche et des normes pratiques du CSSMM, dans une étude sur le statut économique des populations urbaines du Québec constate que: "Dans le Montréal métropolitain, on retrouve en effet une sur-représentation à la fois des secteurs de haut niveau (22,1% contre 17,1%) et des secteurs de niveau bas (19% contre 6,5%) et moyen-bas (25,1% contre 19,1%).

La région montréalaise abrite donc, toutes proportions gardées, plus de secteurs défavorisés que les autres régions urbaines du Québec mais aussi plus de secteurs très favorisés. (1)

Les niveaux extrêmes de la pauvreté et de la richesse s'y concentrent au détriment des niveaux d'aisance moyenne.

Et parfois, la condition de vie des gens les plus défavorisés sont rendues encore plus difficiles par la seule lourdeur de leurs administrations. En voici un exemple:

Un cas vécu:

Une mère de famille assistée sociale et cheffe de famille a besoin pour l'un de ses enfants âgé de 18 mois d'un "talon orthopédique". Ce talon sera capable, semble-t-il, de corriger une malformation congénitale et éviter une opération ultérieure si, la prescription de l'orthopédiste est suivie.

La mère va voir son agent d'aide sociale avec la prescription (on sait qu'à l'aide sociale les besoins spéciaux ne sont payés que s'ils ont reçu d'abord l'approbation de l'agent). L'agent refuse de payer la chaussure disant que c'est le talon qui est prescrit, et non la bottine. Le talon coûte \$6.00, la bottine qui va avec le talon \$40.00. Pourtant, on a déjà payé une paire de bottines à l'enfant dans les mêmes circonstances. C'est une erreur administrative selon eux, rien à faire cette fois-ci. On ne paie pas sauf... si le spécialiste change la prescription comme ceci: "bottine orthopédique" au lieu de "talon orthopédique".

La mère revoit le spécialiste, (l'enfant est toujours sans bottine) lui fait part des exigences de l'aide sociale. Ce dernier refuse de changer la prescription. Pourquoi? Sa réputation professionnelle. Un professionnel consciencieux et honnête ne prescrit pas une bottine lorsque c'est d'un talon dont on a besoin.

La mère retourne voir son agent. Ce dernier reste sur ses positions. Il faut une autre prescription.

Retour chez le spécialiste après supplication, échange, discussion, enfin, il accepte de faire une nouvelle prescription. Il téléphone lui-même au magasin (Teddy Bear) pour donner la commande.

La mère retourne voir son agent (l'enfant attend toujours sans ses bottines) pour faire signer la prescription. Mais, voilà entre-temps, un changement est intervenu dans la Loi d'aide sociale, depuis près d'un mois. On ne peut acheter les bottines ou souliers orthopédiques que dans six (6) magasins avec qui l'aide sociale fait maintenant affaire et "Teddy Bear" n'est pas sur la liste. Donc, on dit oui à la prescription et non au magasin. Discussion, explications, etc... rien à faire, ce sont leurs magasins ou rien. La mère devrait donc retourner consulter le spécialiste, retourner au magasin pour annuler la commande, c'est trop lui demander.

Plus de trois (3) mois ont passé entre le début et la fin de cette démarche. Finalement, la mère emprunte l'argent pour acheter les fameuses bottines à l'enfant. La fois d'avant, elle avait travaillé au noir pour réussir à les lui payer. A l'aide sociale, elle sera accusée d'être une fraudeuse, si jamais elle se fait prendre à travailler sans le déclarer.

Combien de temps notre corps peut-il supporter ce genre de stress? Comment ne pas souffrir de nervosité, d'anxiété, quand on vit des situations semblables? Une opération et des pilules pour les nerfs ne coûtent-elles pas plus cher au système de santé qu'une paire de bottines. Et là, j'exclus la souffrance physique de l'enfant et celle morale de la mère.*

Dans ce contexte, la misère sociale, problématique des inégalités socio-économiques prend toute son importance en ce sens qu'elle constitue un facteur déterminant quant à l'état de santé d'une population, quant à son espérance de vie et à son espérance de vie en bonne santé.

LE REVENU DES INDIVIDUS ET DES FAMILLES COMME INDICATEUR DE PAUVRETE

Le niveau de revenu influe directement sur la capacité de se loger, de se nourrir, de se vêtir convenablement, de se procurer des soins personnels, des loisirs, etc... avec toutes les conséquences que cela comporte. Qu'il suffise de rappeler que si à travers le Monde un enfant meurt à toutes les deux secondes de la sous-alimentation, dans une société industrialisée comme les Etats-Unis, un enfant meurt quand même aux deux heures, des effets de la mal-nutrition.

* témoignage rapporté par une intervenante communautaire de la clinique Pointe St-Charles.

L'étude de Mayer-Renaud (février 1986) établit la distribution de la pauvreté dans la région de Montréal. Cette répartition en forme de T inversé nous permet de constater l'importance et le degré de pauvreté de certains quartiers de Montréal.

Deux monographies récentes sur deux quartiers compris dans le T de la pauvreté du grand Montréal donnent des indications quant au niveau de revenu de ses résidents, quant à l'état des logements et au niveau de scolarité de ses habitants. Il s'agit des quartiers Plateau Mont-Royal et Hochelaga-Maisonneuve.

Plateau Mont-Royal

En 1981, 19,790 résidents de ce quartier vivent sous le seuil de faible revenu.*

- Les pauvres représentent 35% de la population comparé à 20% pour la région du Montréal métropolitain;
- Parmi ces pauvres, la moitié (9,450 personnes) sont très pauvres, leur revenu n'atteignant pas 60% du seuil de faible revenu. (2)

Hochelaga Maisonneuve

D'après l'étude réalisée le 18 juin, par le groupe "Surfacing the Poor", ce quartier de 51,950 h. est au huitième rang (à Montréal

* Le seuil de faible revenu est calculé par Statistiques Canada en fonction de la taille de la famille et de l'agglomération qu'elle habite. En 1981, il était établi ainsi:

1 personne	-	\$7,152.
2 personnes	-	\$9,436.
3 personnes	-	\$12,622.
4 personnes	-	\$14,545.

et à Laval) avec 18,300 personnes en ménages qui sont pauvres, ce qui représente un niveau de pauvreté de 35.2%. (3) Peut-on présumer de l'état de santé de ces hommes, ces femmes et ces enfants?

L'HABITATION COMME INDICATEUR DE PAUVRETE

Un logement vétuste peut avoir une influence sur la santé à cause des problèmes de chauffage, d'humidité, d'aération, d'éclairage, des risques d'incendie. A Montréal, l'exemple de certains quartiers défavorisés donne à réfléchir.

Plateau Mont-Royal

"70% des logements sur le territoire ont été construits avant la deuxième guerre mondiale. La moyenne de logements nécessitant des réparations majeures, (13,8%) est supérieure à celle de la région du Montréal métropolitain (7.8%)." (4)

Hochelega-Maisonneuve

"Tout en parcourant le quartier, nous constatons que les logements sont assez vieux pour ne pas dire en certains cas, vétustes. En effet, 60,5% des logements ont été construits avant 1946. On estimait en 1981, que 32,7% des logements nécessitaient des réparations dont 12,3% étaient majeures." (5)

L'EDUCATION COMME INDICATEUR DE PAUVRETE

"La pauvreté ne se limite donc pas à un faible pouvoir d'achat. Elle s'accompagne d'un ensemble de privations qui ont trait aux connaissances, au travail, au confort: faible scolarité, faibles qualifications professionnelles, risques plus grands de chômage, logement insalubre, etc. Et les relations entre les

différentes facettes de la pauvreté et l'éducation s'exercent dans les deux directions: le manque d'argent favorise l'abandon des études, mais une scolarisation limitée entraîne réciproquement une formation professionnelle insuffisante et l'inaccessibilité des emplois rémunérateurs." (6)

Plateau Mont-Royal

"La population de 15 ans et plus (51,000 personnes) est répartie selon le plus haut niveau de scolarité atteint:

- primaire 16,500 (32%)
- secondaire 16,900 (33%)
- post-secondaire (non-universitaire) 8,400 (16,5%)
- collégial et universitaire 9,200 (18%) (7)

Hochelaga-Maisonneuve

"Niveau de scolarité:

38,7% ont moins de 9 ans de scolarité

36,1% ont de 9 à 13 ans de scolarité

17,5% ont des études universitaires

Donc, plus du tiers de la population du quartier a moins de 9 ans de scolarité." (8)

QUELQUES DONNEES SUR L'ETAT DE SANTE DES PERSONNES A FAIBLE REVENU

L'état de santé varie en fonction de la richesse. En divisant la population canadienne en cinq groupes de revenus, une étude démontre que le groupe de la population ayant le revenu le moins élevé a une espérance de vie de 4.5 années inférieure à celle du groupe le plus aisé. (Cf. R. Wilkins et O. Adams, Evaluating The Heathfulness in Canada, Institute for Research on Public Policy. Eté 1983)

L'enquête du gouvernement fédéral sur la santé des Canadiens précise la situation. Parmi les cinq groupes de revenu, c'est dans les deux groupes aux revenus les moins élevés qu'on retrouve les taux les plus importants de troubles psychiques, d'anémie, de troubles visuels, de maladies cardiaques, d'affections des voies respiratoires, de troubles de dentition et c'est parmi le groupe de la population le plus pauvre que le taux est le plus élevé pour l'ensemble des maladies. (Voir tableau)

Tableau 5
Genre de problèmes de santé en %, selon les quintiles de revenu des familles, Canada
1978-1979

GENRE DE PROBLÈMES DE SANTÉ	NIVEAU DE REVENU				
	Niveau inférieur	2e	3e	4e	Niveau supérieur
Troubles mentaux	33.3	19.4	13.9	13.4	15.9
Diabète	27.4	21.0	14.7	15.0	19.1
Troubles de la thyroïde	22.9	18.2	16.1	16.1	20.1
Anémie	24.8	21.0	16.0	17.8	15.2
Maux de tête	20.9	16.7	19.8	18.3	19.9
Troubles de la vision	30.4	18.2	15.2	15.9	17.2
Troubles de l'audition	26.3	16.7	19.8	16.2	16.8
Hypertension	26.7	17.5	15.9	15.4	19.0
Maladie cardiaque	33.0	18.3	16.0	13.9	16.0
Affection des voies respiratoires aiguës	21.0	20.4	21.1	15.0	16.7
Influenza	26.5	15.8	18.6	18.3	16.1
Bronchite et emphysème	30.6	16.5	16.9	16.2	15.6
Asthme	25.9	21.0	14.4	18.0	17.0
Rhume des foins et autres allergies	14.5	14.5	16.7	21.7	27.8
Troubles de dentition	24.3	19.3	18.7	16.7	17.3
Ulcères gastriques ou du duodénum	24.7	14.5	18.6	19.6	17.8
Troubles digestifs	26.2	17.9	16.5	14.8	22.9
Troubles de la peau	17.0	18.1	16.1	22.3	22.7
Arthrite et rhumatisme	27.2	16.9	16.3	17.4	18.1
Troubles des membres et des articulations	21.9	17.5	16.5	17.6	21.1
Lésions	15.3	18.8	20.2	21.6	20.2
Autres	22.9	20.8	17.2	18.1	17.6
TOTAL	23.8	18.0	17.0	17.7	19.3

Source: *La santé des Canadiens*, enquête Santé Canada, juin 1981.

L'étude récente d'Odile Lachapelle (1986) sur le quartier Hochelaga-Maisonneuve confirme les données canadiennes recueillies il y a quelques années. Elle résume la situation de la façon suivante:

LA SANTE PHYSIQUE

"L'Atelier d'histoire Hochelaga-Maisonneuve note qu'un quartier où le taux d'industrialisation est élevé, où les espaces verts sont restreints, où la densité de la population est forte, se retrouve souvent avec une morbidité hospitalière au dessus de la moyenne.

Pour toutes les sous-régions du DSC, Hochelaga-Maisonneuve a le plus haut taux d'hospitalisation pour ce qui est des maladies infectueuses et parasitaires, des maladies de l'appareil respiratoire, des maladies congénitales, accidents et empoisonnements, de symptômes et états morbides mal définis, de maladies de l'appareil digestif, de maladies de l'appareil circulatoire, de maladies du système nerveux et des organes des sens.

Avec le quartier Rosemont, le quartier Hochelaga-Maisonneuve enregistre le plus haut taux d'hospitalisation pour le diabète et les névroses.

Le quartier a aussi la plus forte moyenne d'hospitalisation pour alcoolisme, soit 23,8% de l'ensemble des cas de toute la sous-région du DSC Maisonneuve-Rosemont. De plus, Hochelaga-Maisonneuve détient plus du quart (25,6% des hospitalisations pour carence alimentaire et 29,7% pour l'artériosclérose.

Dans tout le DSC, ce sont les accidents du travail qui requièrent le plus de soins hospitaliers. A Hochelaga-Maisonneuve, les accidents du travail constituent plus du quart (26.6% de toutes les causes d'accidents.) Pour l'espérance de vie, Hochelaga-Maisonneuve, englobé dans le secteur sud-est, l'espérance de vie se situe à 68.2 ans pour les hommes et à 69.7 ans pour les femmes, soit une différence de 7.2ans et 5.9 ans pour les femmes et les hommes d'un secteur favorisé.

LA SITUATION DE LA SANTE MENTALE N'EST PAS PLUS RELUISANTE DANS CE QUARTIER

PRINCIPALES RAISONS D'ADMISSION A LOUIS HYP. LAFONTAINE
ENTRE LE 1er AVRIL 1984 ET LE 31 MARS 1985

NATURE DU PROBLEME	NOUVELLES ADMISSIONS	RE-ADMISSIONS	TOTAL	POURCENTAGE
Psychose	46	134	180	56.96%
Névrose	41	55	96	30.37%
Conditions médico-chirurgicales	11	19	30	9.49%
TOTAL:	98	208	316	

Les principales causes d'admissions et de réadmissions au niveau ces psychoses sont les schizophrénies et les psychoses affectives (maniaco-dépressifs). Pour les problèmes de névroses, ce sont les troubles dépressifs qui sont les plus nombreux.

On note à partir du tableau, que ce sont les psychoses qui sont la raison de plus de la moitié des admissions à l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Ce sont les problèmes névrotiques qui viennent en second lieu comme causes d'admissions.

Il est à remarquer que les personnes qui récidivent sont plus que le double des personnes en nouvelle admission.

A noter que ces chiffres ne couvrent pas les admissions aux cliniques externes. De plus, les personnes qui ont des problèmes d'alcool et de drogues dans le quartier peuvent consulter dans n'importe quel hôpital, clinique de la région métropolitaine, alors que pour les admissions psychiatriques, les gens du quartier sont référés obligatoirement à Louis. H. Lafontaine." (10)

Finalement, en plus d'être plus atteintes par certains problèmes de santé physique et mentale, les personnes à faible revenu socio-économique se trouvent défavorisées sur le plan de l'espérance de vie. Ainsi, dans une étude comparant l'espérance de vie de différents quartiers de la ville de Montréal, Russell Wilkins met en évidence que le degré d'aisance économique est lié aux chances de vivre plus longtemps, les quartiers les plus favorisés économiquement (Westmount, Notre-Dame de Grâce, Côte-des-Neiges) ayant une espérance de vie (76.8 ans, 75.6 ans et 75.4 ans) supérieure aux quartiers défavorisés de St-Jacques du centre et du sud-est (63.8 ans, 68.4 ans et 68.2 ans). Le plateau Mont-Royal se situe sous la moyenne de onze quartiers de la ville de Montréal étudiés par Wilkins, avec une espérance de vie moyenne de 70.8 ans comparé à 71.9 ans pour Montréal.

D'autres constatations nous amènent à conclure que loin de s'améliorer, la situation se détériore. Les populations à faible revenu connaissent un appauvrissement encore plus marqué quand elles vieillissent. Les jeunes de ces quartiers, fortement frappés par le chômage, se retrouvent de plus en plus parmi les délinquant-e-s et parmi les clientèles frappées par les problèmes de santé mentale.

Ces situations ne peuvent se régler que par un ensemble de politiques. L'état de santé global doit être une priorité. Dans une société démocratique comme la nôtre, les inégalités socio-économiques ne doivent pas créer des citoyennes et citoyens de deuxième classe dont les besoins seraient traités comme des besoins de deuxième ordre.

Cette réalité quotidienne exige des interventions collectives et immédiates basées sur les réalités que vivent les personnes de faible statut socio-économique. Cette situation est une urgence sociale et elle doit être traitée de cette façon. Les services du MSSS doivent assurer à toutes et tous une qualité de vie en bonne santé. Ces services doivent tenir compte des besoins des gens et non satisfaire la seule vision technocratique de la médecine à la pièce. Prétendre que nous avons un système de santé en "Cadillac", c'est oublier que beaucoup de monde se déplace carrément "à pied". pour ne pas dire "pieds nus".

L'ENVIRONNEMENT

Dans une grande ville comme Montréal, l'environnement physique a une incidence certaine sur la santé. Aussi, nous désirons porter à l'attention de la Commission, un certain nombre de problèmes caractéristiques de notre milieu.

Bien qu'aujourd'hui, nous constatons que le phénomène de la pollution atteint aussi le milieu rural, c'est à la ville que l'incidence des facteurs polluant l'eau, l'air, le sol est la plus grande. De plus, certaines sources de pollution, tel que le bruit affectent la qualité de vie et la santé des populations de façon tellement insidieuse et constante que celles-ci ne songent même pas à s'en plaindre. (11) Pourtant, nous pouvons, en partant d'une étude citée par les auteurs du mémoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve, induire que les problèmes liés à la surdité en relation avec le vieillissement, sont la conséquence des facteurs environnementaux. (12) Dans cette recherche, les multiples effets du bruit comme agent stresser et comme perturbateur sur le plan relationnel nous informent des effets néfastes sur la santé globale des habitants des villes. Ce qui n'empêche pas des administrations municipales de permettre aux développeurs immobiliers de construire de nouveaux complexes domiciliaires en bordure des autoroutes (un exemple: les nouvelles habitations construites en bordure de l'autoroute Décarie sur les terrains de l'ancienne poudrière de Verdun).

Bien sûr, personne n'est forcé de s'installer dans un tel environnement, mais l'accès difficile à la propriété domiciliaire pour les familles à bas revenu, lié au peu d'information diffusée dans le public au sujet des risques associés à ce type de pollution, rend la tâche facile aux promoteurs immobiliers.

En ce qui a trait à la pollution de l'air causée par la circulation des véhicules-automobiles, les émanations industrielles et domestiques, la Métropole projette une meilleure image que

certaines grandes villes dont les caractéristiques microclimatiques font que les émanations toxiques dans l'atmosphère peuvent même devenir mortelles dans certains conditions (Londres, lorsque le charbon y était largement employé pour le chauffage des maisons, ou Los Angeles). Cependant, l'action conjuguée des conditions climatiques et de la circulation très dense font que certaines journées estivales sont très pénibles à vivre pour les populations vivant près des grandes artères. Ces citoyennes et citoyens, si leur logement est dépourvu de système de climatisation adéquat, et c'est souvent le cas, doivent alors faire un choix qui n'en pas un!, se cloîtrer, toutes fenêtres fermées et suffoquer de chaleur ou ouvrir les fenêtres et entendre un tohu bohu incessant tout en respirant les poussières toxiques des moteurs, des pneus, des pièces mécaniques, avec en prime, pour certains cartiers comme ceux de l'est, l'odeur des raffineries.

Nous voudrions également aborder le problème du rétrécissement constant des espaces verts en région urbaine qui affecte particulièrement les quartiers les plus défavorisés (Hochelaga-Maisonneuve et Mercier ouest sont à cet égard particulièrement dépourvus, avec respectivement, 0,78 et 0,65 acres par 1,000 habitants alors que la norme avancée par l'O.P.D.Q. devrait être de 15 acres par 1,000 habitants). Globalement, Montréal est une des grandes villes en Amérique du Nord où la surface réservée aux espaces verts est la plus restreinte.

Quant aux pollutions du sol et des eaux, l'entreposage et la gestion des déchets toxiques sont actuellement l'objet d'un laisser-aller menaçant pour la santé de la population. L'exemple de ce dépotoir de Ville Lasalle sur lequel des résidences avaient été érigées laisse penser que d'autres

mauvaises surprises peuvent attendre des citoyennes et citoyens. Les dangers de contamination des nappes d'eau souterraines sont-ils connus pour tous les dépotoirs ayant existé sur le territoire? Nous nous permettons d'en douter. Quant au déversement dans les égouts d'autres matières dangereuses par des pollueurs industriels ou domestiques, il faudra exiger un meilleur contrôle et prendre des mesures efficaces pour placer les pollueurs devant leur responsabilité.

Nous ne pouvons passer sous silence le danger potentiel que présente le transport de matières dangereuses dans la région métropolitaine. Toutes les grandes villes ont leur lot de matières dangereuses. Cependant, depuis la construction à Ste-Thérèse de l'usine Stalbox, spécialisée dans l'élimination et le traitement des matières dangereuses, le risque s'accroît. Montréal est devenue une plaque tournante pour le transport de ces produits, le port de Montréal étant l'une des principales portes d'entrée de résidus toxiques du continent et d'outre-mer. On peut simplement se demander ce qu'il adviendrait lors d'un déversement de BPC à l'intersection Décarie et Métropolitain. Quelle proportion aurait pris le spectaculaire accident qui a entraîné la fermeture du tunnel Hypolite Lafontaine, si des matières dangereuses avaient été en cause?

DIVERSITE CULTURELLE ET ETHNIQUE

Pour bien saisir la réalité métropolitaine il convient de mentionner la réalité multi-ethnique de la grande région métropolitaine. Bien sûr, toutes les régions urbaines

du Québec ont reçu des immigrantes et immigrants, mais c'est notre région qui fut leur porte d'entrée et qui s'avère être le port d'attache de la plupart des minorités ethniques en sol québécois. La question du racisme et de ses effets sociaux désastreux est très actuelle dans notre région au niveau scolaire et les manifestations de ce fléau, notamment dans l'industrie du taxi, en ont fait une question brûlante bien que moins débattue que dans certains pays européens (la France et la campagne "touche pas à mon pote") ou chez nos voisins américains.

À Montréal, les phénomènes d'immigration existent depuis plusieurs décennies et des quartiers entiers ont attiré des ethnies particulières en reproduisant un environnement socio-culturel familial pour les nouvelles et les nouveaux arrivants. Au plan du système socio-sanitaire cela amène pour ces collectivités des difficultés d'accès à certains services. Mentionnons, à titre d'exemple, le service d'ethno-psychiatrie de l'hôpital St. Mary's menacé de fermeture depuis plusieurs années alors que cet hôpital peut fournir des services à des clientèles s'exprimant dans plus de vingt langues. Lorsque les personnes travaillant auprès des clientèles allophones ne peuvent communiquer avec celles-ci, il est difficile de fournir des services de qualité. L'intention du CSSSRMM de favoriser l'embauche de personnel originant des minorités culturelles peut être un élément de solution. La direction de la programmation a également signifié dans ce document son intention de regrouper ses services destinés à des communautés culturelles spécifiques dans certains CLSC et CAH. Selon l'échéancier prévu, l'actualisation de cette mesure devrait être complétée au cours de l'été. Nous ne pouvons donc, dès à présent, évaluer l'impact de ce changement.

DEUXIEME PARTIE

Dans la seconde partie du mémoire, nous voulons nous attarder plus particulièrement à l'approche et à l'organisation des soins médicaux. Ce secteur de soins accapare une forte proportion des budgets dévolus à la santé. On y observe une grande rigidité du réseau où tout est centré sur l'approche curative et l'hôpital. Enfin, il constitue le secteur privilégié où des acteurs puissants exercent un certain nombre de rapports de force qui laissent très peu de place à l'expression des besoins de la population.

A partir de la définition des soins actifs, du cloisonnement entre la prévention, le curatif et la réadaptation, le tout justifié par une approche centrée sur les seuls facteurs biologiques de la santé, nous constatons que les soins répondent mal aux attentes des usagères et des usagers.

La réforme des années 70 bien que très importante au Québec n'a pas remis en question la médecine libérale. Nous traiterons de l'avènement des CLSC avec l'impact sur les cliniques populaires comme la clinique Point St-Charles et sur la création des polycliniques. Nous vous ferons part des différences de pratique que nous y voyons.

Les hôpitaux, la compétition qu'ils se livrent et leur velléité autonomiste occupent une bonne partie de nos réflexions surtout quand ils tentent d'élargir leur emprise dans la mission des autres institutions. Un examen des rapports de force dans le contexte de la crise des urgences est révélateur de la place que nos gestionnaires donnent à la planification du pouvoir toujours grandissant des médecins dans l'organisation des soins et des attitudes de compromis dans lequel se complaît le MSSS. Nous croyons qu'au Québec le système des soins médicaux doit être questionné et nous sommes à la recherche de modèles pouvant le confronter et fournir des alternatives.

LES SOINS MEDICAUX

Dans un premier temps, nous avons pensé utiliser le terme de "soins actifs" généralement employé dans le réseau hospitalier. La dichotomie actif/passif nous a cependant amenés à réviser cette position, pour parler plutôt de soins médicaux, puisque nous croyons que l'action du système de soins doit s'exercer autant sur le plan de la prévention (en amont du CHCD) que sur le plan de la réadaptation (en aval du CHCD).

Cependant, la réalité de notre système est toute autre. Actuellement, le réseau est très morcelé, il n'y a pas ou peu de liens entre la prévention, le curatif et la réadaptation. Cette absence de continuum se fait sentir tant au niveau des objectifs que des structures. Les structures de coordination existantes répondent d'abord à des préoccupations administratives. Dans une véritable politique de santé, la coordination viserait, non seulement à situer la place de chacune des catégories d'établissements dans l'ensemble du réseau, mais aussi à mieux intégrer leurs objectifs respectifs et à faciliter les liens entre les uns et les autres.

LES FACTEURS PREDOMINANTS ET L'APPROCHE BIOLOGIQUE

Tant dans le mémoire national présenté par la CSN à la Commission que dans le portrait régional que nous brossons du Montréal Métropolitain, nous affirmons l'importance des facteurs environnementaux sur la santé de la population. Cette insistance

revêt une importance toute particulière quand on aborde la question des soins médicaux.

En effet, trop souvent en matière de soins médicaux, la recherche des causes de la maladie se limite aux seuls facteurs biologiques. Cette approche biologique écarte d'autres facteurs prédominants et teinte nécessairement le traitement qui en découle. S'il n'est pas indifférent de connaître l'hérédité et l'histoire médicale d'une ou d'un malade, il est de plus en plus admis que le milieu physique qui l'entoure, son niveau de revenu et les privations qui peuvent en découler, le genre de travail qu'elle ou qu'il effectue, constituent souvent des facteurs encore plus déterminants quant aux causes de la maladie qui l'afflige. Qui recherche la santé doit prendre les moyens de connaître et d'agir sur l'ensemble des causes de la maladie et non seulement sur certaines d'entre elles.

C'est précisément cette recherche des causes plus globales de la maladie que le système actuel de soins médicaux néglige. Le traitement qui en découle, morcelle la personne humaine, n'agit qu'à court terme sur la maladie, jusqu'à ce qu'une rechute ou une nouvelle maladie ne réenclenche le cercle. L'approche biologique nous confine dans un système de santé où la demande de services est sans fin, où la population est considérée comme une clientèle dont il faut contenir les besoins en fonction de nos possibilités d'offrir des services. Si, en psychiatrie, le phénomène de la porte tournante est bien connu, on doit aussi penser qu'en matière de soins physiques, l'approche strictement biologique perpétue une chaîne de même nature.

Dans un tel cadre, les services actuels ne peuvent répondre adéquatement à des causes auxquelles ils ne s'intéressent pas ou trop peu. De plus, l'approche biologique trop restrictive rend notre système de santé tout à fait inopérant quant aux représentations à faire en vue de modifier les facteurs environnementaux qui pourraient nous rapprocher d'un objectif de santé pour toutes et tous en l'an 2000.

DES SOINS QUI REpondent MAL AUX ATTENTES DES USAGERES ET USAGERS

De plus en plus, celles et ceux qui fournissent les soins de santé ne rencontrent pas les attentes de celles et ceux qui les reçoivent. Sans prétendre faire un relevé exhaustif des aspirations de la population, on peut affirmer que les patientes et patients souhaitent une approche beaucoup plus globale, beaucoup plus humaine quoiqu'en dise madame la ministre Lavoie-Roux. L'engouement récent pour les médecines douces témoigne de ces attentes.

Les patientes et les patients se plaignent régulièrement du manque de continuité dans les soins. Cette critique est en bonne partie due à une approche qui méconnaît la réalité complète de l'individu qui reçoit des services. A ce titre, n'est-il pas étonnant de constater qu'encore aujourd'hui dans plusieurs établissements, le dossier médical et le dossier social du bénéficiaire ne soient pas intégrés?

Toute cette distance entre les dispensateurs de services médicaux et celles et ceux qui les reçoivent appelle une remise en question du fonctionnement du rôle prépondérant des principaux décideurs en place à savoir, les administrateurs et les médecins.

LA REFORME DES SERVICES DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX N'A PAS REMIS EN CAUSE LA MEDECINE LIBERALE

Au tournant des années 1970, le Québec engage un grand débat sur la gratuité des services de santé. L'opération vise à ce que l'Etat assume dorénavant les coûts liés à la dispensation des soins de santé. Cependant, les enjeux ne portent que sur la gratuité et n'implique pas une réforme en profondeur du système de santé lui-même. L'Etat défraiera la facture, laissant intact le réseau existant, les principaux acteurs et aussi les facteurs organisationnels déterminant ces coûts. Ainsi, la pratique libérale de la médecine demeure. Les médecins maintiennent avec leurs patientes et patients un rapport professionnel-client. Le cabinet privé reste au centre de cette opération. L'hôpital continue de refléter les besoins et la conception des médecins en matière de santé et de services.

Puis, arrive la Commission Castonguay-Neveu, qui dote le Québec d'une politique de services en ne touchant toutefois pas beaucoup à certains acteurs importants comme les médecins. A l'époque, cette réforme des services a pu sembler radicale. Elle conduisait entre autres à la création des CLSC.

Cependant, l'avènement des CLSC n'a pu donner les résultats escomptés. En effet, la réponse du secteur privé ne s'est pas fait attendre longtemps. On assiste à une prolifération de polycliniques et de cliniques privées qui vont raffermir les assises de la médecine libérale dans notre système de santé. Dans certains cas, leur développement va même jusqu'à concurrencer non seulement le CLSC mais l'hôpital lui-même par l'offre de services d'urgence, de radiologie, de laboratoires, etc... Ce phénomène a vite court-circuité la mise en place d'un réseau plus étendu de CLSC. Avec une trentaine de CLSC seulement, il devenait difficile pour ces derniers de s'imposer sur le terrain comme pouvant remplir

une mission significative et comme pouvant initier, avec beaucoup d'impact, une pratique médicale différente.

LA CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE ST-CHARLES

Attardons-nous un peu sur une expérience de clinique communautaire, en ce sens qu'elle est porteuse d'une approche de la médecine davantage orientée vers un concept de santé globale.

La Clinique de Pointe St-Charles demeure un des rares vestiges d'une période où les efforts populaires se sont clairement exprimés en faveur d'une prise en charge par la communauté de sa santé et des services communautaires.

Par une analyse originale de leur situation, les citoyennes et citoyens de La Pointe avaient lié santé et développement communautaire, médecins et intervenant-e-s communautaires et ce, au prix de maintes batailles pour maintenir leur autonomie et leur orientation, pour obtenir du financement.

Aujourd'hui, c'est par l'intégration à leur fonctionnement de quelques programmes dévolus aux CLSC qu'ils ont réussi à s'assurer d'une paix relative avec le Ministère. Peut-être faudrait-il questionner l'intérêt des planificateurs à continuellement vouloir les charger de mission. N'est-ce pas là amoindrir leur capacité de remplir les objectifs premiers qu'ils s'étaient donnés à savoir, le lien avec la population, l'éducation populaire et les pressions à exercer sur les facteurs environnementaux tellement déterminants pour la santé et les conditions de vie.

Notre réseau officiel a très peu tiré de leçons de cette expérience et de quelques autres qui véhiculaient une logique de services et une approche de la santé fort différente. Au contraire, l'histoire des cliniques communautaires est parsemée de tentatives d'intégration au réseau. Nous déplorons cet état de fait, puisque ces expériences auraient pu avoir un impact sur le réseau si de tels bilans avaient été faits.

Nous invitons cependant la Commission à questionner la population de La Pointe sur son expérience avec la Clinique, à en examiner l'histoire et à tirer profit de cette pratique originale.

LA PROLIFERATION DES POLYCLINIQUES ET DES CLINIQUES PRIVEES

Le phénomène de la prolifération des polycliniques et des cliniques privées prend toute son importance quand on le situe comme une riposte à la mise en place du réseau des CLSC, comme une résistance additionnelle face aux objectifs poursuivis par la création de ces derniers. Cette résistance s'inscrit aussi dans la volonté de contrôler l'accès à l'hôpital, son appareillage et à sa philosophie des soins. En ce sens, polycliniques et cliniques privées appellent un examen plus serré.

Nous avons relevé à Montréal, à partir de leur inscription au bottin téléphonique, 12 polycliniques, 142 cliniques médicales, 56 centres médicaux et 4 cliniques d'urgence privées.

Au sein d'une seule polyclinique, nous avons compté 77 médecins dont 16 généralistes et 61 spécialistes. L'ensemble des spécialités y est sûrement mieux représenté qu'ailleurs en province, puisque la Côte-Nord et l'Abitibi ensemble accueillent 62 spécialistes.

Cependant, leur véritable importance tient au fait que leur expansion noie les efforts investis pour faire des CLSC la porte d'entrée au réseau. La pratique privée de la médecine permet d'accaparer toute la première ligne. De leur clinique ou bureau privé, les médecins décident de l'hospitalisation des patientes et des patients, soignent les affections bénignes et le traitement initial des affections graves. Par leur contact avec la ou le bénéficiaire dans un lieu de pratique privée, ils décident de l'importance et de l'orientation à accorder à la prévention et à l'éducation individuelle. Certaines études vont même jusqu'à conclure que ce mode de pratique empêche la prévention.

Nous sommes conscients qu'intervenir dans les cliniques, les polycliniques et les bureaux privés touche au coeur de la médecine libérale, autant que de s'attaquer à la rémunération. La stratégie pour changer cet état de chose est difficile à mettre en place. Cependant une intervention s'impose pour réglementer davantage la pratique dans le secteur privé de la médecine, d'autant plus que cette pratique se développe au détriment du réseau public des CLSC.

N'est-il pas étonnant que pour les soins de première ligne deux modes d'intervention soient supportés par deux modes de financement?

Ainsi, on constate dans les statistiques annuelles de la RAMQ, que le coût à l'acte en cabinet privé est rémunéré à un taux de 30 à 35 pour cent supérieur à celui que le médecin touche pour le même acte dans un établissement public. N'est-ce pas là une forme de financement public aux polycliniques, aux cliniques et bureaux privés, qui pourrait être utilisée à meilleur escient. Cette question devrait retenir l'attention de la Commission.

LA PRATIQUE MÉDICALE EN CLSC ET EN POLYCLINIQUE

En 1981, Jean Beauchemin et Carole Lalonde, dans une étude intitulée "Les déterminants de la pratique médicale: une comparaison des CLSC et des polycliniques au Québec" (13), soulèvent des enjeux importants qui permettent d'apprécier la qualité de la pratique médicale elle-même. L'étude voulait cerner les différences entre les CLSC et les polycliniques au niveau de la prise en charge diagnostique et thérapeutique par les omnipraticiens. Ils se sont servi des symptômes de céphalée tensionnelle (maux de tête nerveux) pour questionner et évaluer les médecins. Les résultats démontrent que:

- 1- La durée moyenne de la visite fut de 8 minutes en polycliniques et de 21.1 minutes en CLSC.
- 2- L'investigation des céphalées a été jugée bonne ou excellente dans 85,7% des cas en CLSC, comparativement à 60,2% en polycliniques.
- 3- Bien que les résultats sur l'investigation de l'anxiété soient jugés moins statistiquement significatifs, elle est qualifiée d'excellente dans 42,9% des consultations en CLSC comparativement à 21,7% en polycliniques.

- 4- 60,7% des médecins de CLSC ont eu une performance excellente en s'intéressant aux interactions médicamenteuses possibles et à l'histoire médicale de la patiente ou du patient et de sa famille comparativement à 28,9% seulement en polycliniques. Sur l'interprétation de cette question, 21,4% des médecins de CLSC ont eu des résultats faibles ou moyens par rapport à 44,2% en polycliniques.
- 5- La revue des systèmes a été plus approfondie en CLSC qu'en polycliniques. 56,6% des médecins de polycliniques ont obtenu des résultats faibles comparativement à 21,4% en CLSC.
- 6- La qualité des interactions entre patiente ou patient et médecin fut significativement meilleure en CLSC où 50% des consultations y furent jugées excellentes, comparativement à 15,7% des cas en polycliniques.

S'il n'existe pas de différence significative entre les décisions de prescrire un médicament ou le type de médicament prescrit entre les deux groupes de médecins, il est à noter que la durée de la prescription était différente. Ainsi, 52,4% des médecins de CLSC ont prescrit pour moins d'un mois par rapport à 25% en polycliniques et 7% des prescriptions étaient à durée illimitée: toutes provenaient des polycliniques.

Sur les mises en garde contre les anxiolytiques, 64,3% des médecins de CLSC contre 30,1% en polycliniques ont fait des mises en garde explicites. Notons qu'en polycliniques 37,4% des médecins n'avaient fait aucune mise en garde comparativement à 7% en CLSC. Concernant des thérapeutiques alternatives, 53,6% des médecins de CLSC ont été explicites à ce sujet, comparativement à 22,9% en polycliniques.

Nous croyons que le milieu où s'exerce la pratique de la médecine est un déterminant majeur de la qualité de l'intervention. Bien sûr, les programmes de formation des facultés de médecine ont aussi une influence importante. Cependant, l'étude de Beauchemin et Lalonde donne à penser que même avec des formations identiques, des différences existent. Aussi, affirmons-nous que le milieu où se pratique la médecine, à cause de ses caractéristiques différentes au plan des orientations, de l'organisation, de l'information et du mode de rémunération, conditionne en bonne partie la qualité de cette même pratique.

Enfin, au-delà de la question de la qualité des soins, on peut soulever d'autres problèmes autour de la pratique en polyclinique. Nous nous contenterons d'un dernier. Certaines cliniques offrent à leurs patientes et patients des services de laboratoire moyennant des coûts à défrayer. Ces services sont disponibles gratuitement dans le réseau public. Ce n'est certes pas en maintenant en parallèle deux services qui compétitionnent quant au temps réponse, que nous allons solutionner quoi que ce soit. S'il y a des problèmes d'efficacité, qu'on les traite comme tels. Ça ne doit pas servir de prétexte pour laisser se détériorer un service gratuit et universel. Une telle logique risque de conduire tout droit à une médecine de classe.

LE POUVOIR DES HOPITAUX

Au cours des dernières années, la compétition entre les établissements, particulièrement à Montréal, semble avoir pris le dessus sur la coordination des établissements et ce, malgré les efforts du CRSSS pour s'imposer et prendre

plus de place dans la répartition des lits. Cette compétition entre les établissements provient en partie du contexte de restrictions budgétaires où chacun tente de préserver ses acquis et développe un réflexe de défense. Ce phénomène cependant, n'explique pas les luttes féroces que se livrent les établissements pour implanter chez eux de nouvelles spécialités de pointe ou encore prendre de l'expansion dans certaines disciplines existantes. Plusieurs exemples peuvent être apportés: les luttes pour développer les transplantations cardiaques et pour regrouper des services d'obstétrique et de pédiatrie n'en sont que quelques-unes. Nous croyons que la résistance à la coordination et l'importance qu'accordent les établissements à maintenir un rapport de force entre eux sont liées à des intérêts de gestionnaires. Une analyse de la dynamique interne s'imposerait.

Les gestionnaires ont souvent trouvé des appuis dans la population, particulièrement quand il s'agissait de maintenir des services. A l'opposé, la coordination sanctionnait les coupures de services et n'avait pas d'alternative à offrir à la population. Elle agissait de façon centralisatrice et se montrait peu à l'écoute des communautés locales.

Ainsi, on peut se demander comment aurait réagi la population si suite au regroupement de certaines pédiatries, on avait annoncé l'ouverture à l'intérieur des CLSC de services externes s'adressant aux enfants et aux familles? Quelle aurait été la réaction, si au lieu de parler de fermeture du Centre maternel à Notre-Dame, on avait parlé du transfert de ce service dans un CLSC du quartier qui dessert une population défavorisée.

Cette résistance à la planification, les rapports de force inter-hôpitaux, la recherche effrénée de l'autonomie amènent certains hôpitaux à déborder de leur vocation première pour empiéter dans le champ d'activités d'autres catégories d'établissements: hospitalo-centrisme oblige. Cette tendance ne vise aucunement à une ouverture sur de nouveaux besoins sociaux et médicaux auxquels il serait pressant de répondre. Nous y voyons plutôt un désir d'étendre l'emprise de l'hôpital sur des secteurs en développement mais qui semblent lui échapper.

C'est par ce biais que nous sommes porté à questionner une des mesures récentes annoncées par la Ministre de la Santé et des services sociaux: l'établissement de l'hôpital à domicile relié au Centre hospitalier de Verdun. S'agirait-il de la nouvelle façon pour les centres hospitaliers de mettre le pied dans la porte des soins à domicile. Nous ne contestons pas que le développement d'une telle politique peut répondre à certains besoins, même si nous croyons qu'elle ne peut être la réponse exclusive au manque de ressources actuel. Ce que nous questionnons surtout, c'est cette compétition que l'hôpital tend à développer avec les services à domicile des CLSC.

Le manque de lits de courte durée ne peut d'aucune façon justifier que l'on échappe à la nécessité de s'appuyer sur une expertise dans la sélection des personnes pouvant recevoir ce type de soins à domicile. Les CLSC sont présentement en train de se donner une expertise, une politique de soins à domicile cohérente. Leurs professionnel-le-s comprennent aussi des médecins (payés à salaire). Pourquoi ne pas y concentrer les efforts et les ressources pour ce genre de développement?

LA CRISE DES URGENCES

En 1976, le MAS émet soudainement une directive à l'effet de contraindre les CHCD à réserver 10% de leurs lits pour les malades de longue durée. Cette directive coïncide avec le début des restrictions budgétaires, mais elle reflète surtout une absence de politique adéquate pour faire face au défi que pose le vieillissement de la population. Il est devenu trop évident que les ressources en CHLD et en CAH sont insuffisantes. C'est donc vers les CHCD que l'on décide de déplacer le problème. Cette manoeuvre ne fera que retarder de plusieurs années la prise en charge du vieillissement par le ministère. Bientôt, les CHCD vont connaître une proportion beaucoup plus importante de leurs lits mobilisés par des patients de soins de longue durée.

Cette situation objective ne tardera pas à donner lieu au jeu des rapports de force internes dont les salles d'urgence vont devenir le théâtre le plus visible. Les établissements résistent à cette directive qui brime leur autonomie, modifie partiellement leur vocation et Gestionnaires et médecins vont s'allier pour tenter d'infléchir le ministère. Chacun y trouve un intérêt objectif propre.

La crise est réelle, et bon nombre de malades vont en faire les frais au prix de long séjour dans les corridors, sans intimité, dans le va-et-vient constant, sans possibilité de dormir. Ou bien on manque de lits pour les hospitaliser, ou bien encore la décision médicale les concernant prend plusieurs heures à venir.

Cependant, on peut se demander s'il n'y a pas eu dans les établissements une certaine gestion de la crise des urgences

qui avait comme objectif d'influencer les politiques d'allocations des ressources. Invariablement, la question resurgissait dans les médias principalement à l'occasion des moments forts de la négociation des budgets ou encore des politiques de fermeture de lits pour la saison estivale. Nous n'avons pas les moyens de pousser plus loin la vérification mais nous pensons qu'une analyse des cycles qu'ont suivi ces crises pourrait nous renseigner là-dessus. D'ailleurs, si cette hypothèse s'avérait fondée, nous aurions tout intérêt à tenter de découvrir quelle sera la prochaine trouvaille pour orienter la détermination des budgets.

La crise des urgences est à la fois le reflet d'une politique à courte vue du ministère et d'une résistance parfois farouche des établissements et des médecins face à toute planification. Cette résistance est d'autant plus difficile à contrer, qu'elle se renforce à chaque gaffe commise par un ministère, lui-même hypothéqué par l'absence d'une véritable politique de santé.

D'autres acteurs influents

Nous venons de voir comment l'hôpital tente d'accaparer les ressources du réseau, comment les coupures dans les lits de courte durée et la crise des urgences lui ont servi d'instrument de négociation. Il est utile maintenant de regarder plus attentivement le comportement de d'autres acteurs importants dans la dynamique du réseau.

LE MINISTÈRE ET LE CRSSS

Le ministère et le CRSSS gèrent le réseau à coup de compromis. Les mesures récentes annoncées par Madame Lavoie Roux pour désengorger les urgences de Montréal et de Québec, semblent pallier au plus urgent sans engager de réforme en profondeur.

Ainsi:

- Elles ne s'adressent qu'à certains Centres hospitaliers où la crise des urgences a été la plus mise en évidence. L'ensemble des urgences du Québec n'aurait-il pas dû bénéficier des mêmes mesures visant à mieux servir les personnes âgées, les patients atteints de troubles psychiatriques, etc?
- Elles satisfont certaines préoccupations du Ministère, notamment pour les personnes âgées, en amorçant à peine certaines mesures nécessaires à leur intention et en dégagant quelques petits budgets pour des institutions qui en ont besoin sans pour autant faire partie du peloton d'établissements où la crise est apparente sur le plan public.
- Enfin, la ministre, probablement soucieuse de ne pas trop heurter les médecins et les administrateurs, tolère le projet d'implantation d'une clinique privée sur les terrains mêmes de l'hôpital Maisonneuve Rosemont, tout en ayant en main le rapport Spitzer qui démontre l'inefficacité d'une telle mesure.

LES MEDECINS

Déjà très au coeur de nos institutions, presque autant que les patients, oserions-nous dire, les médecins gagneront un pouvoir plus formel au niveau de la gestion avec la Loi 27.

Traditionnellement, la main mise des médecins s'affirmait dans l'hôpital à travers le Conseil des médecins et dentistes, mais aussi beaucoup dans le quotidien où l'expression de leurs préférences et de leurs besoins ont toujours eu beaucoup de poids. Il n'est plus rare en effet, de voir des médecins jouer de leur influence dans l'affectation du personnel quand ils jugent que celui-ci joue sur leur pratique. Leur influence tient aussi du fait que les gestionnaires cherchent à se les associer, au nom de leur savoir.

La Loi 27, confirme de façon un peu plus formelle ce pouvoir déjà existant. Le rôle important confié au Comité consultatif rattaché à la direction générale a permis aux chefs des départements cliniques désignés par le conseil d'administration d'exercer leur influence auprès des administrateurs en ce qui concerne la gouverne des centres hospitaliers. La fonction consultative de ce comité n'en fait pas moins un élément important comme source d'informations conduisant à la prise de décision.

D'autres éléments structurels des pouvoirs hospitaliers nous semblent induire des dysfonctions importantes. Le fait que les chefs de départements cliniques dépendent simultanément de la Direction des services professionnels (hiérarchiquement) et du Conseil des médecins et dentistes (fonctionnellement) par exemple, ne favorise-t-il pas l'établissement d'un certain contexte d'incertitude et d'opacité dans les règles du jeu des pouvoirs? La démarche stratégique de chacun des acteurs ne risque-t-elle pas de paralyser le système hospitalier lorsque des conflits d'intérêts existent entre des chefs de départements cliniques? Et lorsque la position sociale d'un médecin lui permet comme c'est le cas dans au

moins un établissement de la région d'exercer sa spécialité dans un hôpital tout en y étant chef de département clinique, membre du Conseil des médecins et dentiste (siégeant sur un comité de ce conseil), membre du Comité consultatif à la direction générale, coordonnateur de l'urgence et propriétaire d'une polyclinique, les risques de conflits ne sont-ils pas trop grands?

Le contexte des restrictions budgétaires a contribué à renforcer la place des médecins, parce que les administrations locales recherchaient fortement leur appui pour conduire leur dossier face au ministère. De plus, pour justifier leur demande de budget, les établissements ont tendance à commander à des firmes externes des études de planification stratégique qui sont fortement orientées par les médecins. La vision des médecins, leur conception des besoins, de l'organisation des services, de l'avenir d'une institution marquent profondément toute cette démarche.

Aussi, on a pu observer que les spécialités entre elles se sont livrées à certaines batailles à l'intérieur desquelles, les administrations ont souvent pris parti pour les plus forts. Les spécialités de pointe ont souvent été préservées aux dépens de spécialités où les résultats sont moins spectaculaires, mais qui desservaient énormément de bénéficiaires et répondaient à des besoins de base en santé. Les transplantations cardiaques, la neurologie par rapport à la psychiatrie, au département de médecine, à la gériatrie constituent de bons exemples des choix qui furent faits.

COMMENT POURSUIVRE AU NIVEAU DES SOINS MÉDICAUX, L'OBJECTIF DE LA SANTÉ POUR TOUS EN L'AN 2,000

Pour repenser nos services médicaux dans une perspective de santé globale, il faut changer radicalement la conception de la médecine en commençant notamment, par la façon dont elle est abordée dans nos universités. Il faut aussi, et nous en avons largement fait état dans l'ensemble des mémoires de la CSN, agir sur tous les facteurs qui découlent de l'environnement physique, social et économique. Outre ces mesures, il faut enfin nous attaquer au système d'organisation des soins.

La référence à un modèle peut être utile pour fournir certaines pistes de réflexion en ce sens. A date, l'effort le plus significatif que nous connaissons dans cette direction est celui élaboré par l'Organisation mondiale de la santé. Bien sûr, ce modèle n'est certes pas exempt de critique et nous ne prétendons pas non plus qu'il répond à tous les impératifs d'une transition nécessaire. Cependant, nous croyons qu'il pose un certain nombre de conditions et d'interventions de base qui méritent qu'on y réfère dans nos réflexions.

L'OMS a défini toute une stratégie axée sur les centres de santé primaire et le cadre organisationnel qu'une telle approche suppose. Rappelons-en les principaux éléments:

- 1- La sectorisation du territoire;
- 2- L'exclusivité du service;
- 3- Une voie d'accès unique au réseau de santé;
- 4- Une autonomie dans la gestion des centres de santé primaires intégrés;
- 5- La participation des citoyennes et citoyens et du personnel;

- 6- La pluri-disciplinarité;
- 7- L'intégration à une stratégie nationale de santé soutenue par un système public.

Les premières interventions demandées aux Centres de santé primaires sont:

- 1- Offre de soins préventifs personnels;
- 2- Traitement complet des affections bénignes;
- 3- Traitement initial des affections graves;
- 4- Visites et soins à domicile et services à la population;
- 5- Intervention plus collective en matière de prévention.
(promotion de la santé, grandes campagnes d'information, services d'épidémiologie générale)

Bien sûr, l'effort de réflexion nécessaire pour repenser notre système de soins ne peut s'arrêter aux seules fonctions des centres de santé primaires ou à leurs conditions d'implantation. Cependant, nous pensons qu'elles s'attaquent à des failles importantes que nous avons constatées dans notre système de soins notamment la prédominance de la médecine libérale, le développement du secteur privé de pratique médicale, le faible impact des CLSC, l'hospitalo-centrisme, les luttes de pouvoir internes du réseau, l'emprise de la technocratie et de certaines corporations puissantes comme celle des médecins et enfin l'absence de contrôle réelle et de prise en charge par la communauté. Compte tenu que peu de modèles alternatifs existent dans un contexte de médecine libérale, nous croyons que la discussion autour du modèle de L'OMS peut permettre d'amorcer des changements qui s'imposent au Québec.

Le modèle de l'OMS, met définitivement l'emphase sur la prévention et la première ligne. En ce sens, il ne peut prétendre répondre complètement aux besoins de réforme constatés au niveau du réseau hospitalier lui-même. Cependant, tout effort visant à revaloriser les Centres de santé de première ligne, toute réforme qui consacrerait le fait qu'il y ait une seule porte d'entrée au réseau public de santé aurait, pensons-nous, nécessairement pour effet d'une part, de réorienter l'approche au niveau des soins curatifs eux-mêmes, d'autre part, de faire en sorte que l'hôpital cesse d'être le centre du système de soins, qui conditionne l'orientation du reste du réseau. S'attaquer à l'hospitalo-centrisme, c'est permettre à d'autres institutions du réseau de prendre leur place et de pouvoir imposer à l'hôpital même une approche davantage compatible avec le concept de santé globale.

Par là, nous voulons surtout affirmer qu'il aussi important de revoir la façon de prévenir la maladie et de la soigner que de se contenter d'en examiner les méthodes de financement.

NOTES

- 1) Mayer-Renaud, Micheline, La distribution de la pauvreté et de la richesse dans les régions urbaines du Québec, portrait de la région de Montréal, Février 1986, p. 62
- 2) Delisle, Odette, Le plateau Mont-Royal à la loupe, février 1986, p. 43
- 3) Lachapelle, Odile, Portrait socio-économique du quartier Hochelaga-Maisonneuve, janvier 1986
- 4) Delisle, Odette, Le plateau Mont-Royal à la loupe, février 1986, p. 35
- 5) Lachapelle, Odile, Portrait socio-économique du quartier Hochelaga-Maisonneuve, janvier 1986
- 6) Mayer-Renaud, Micheline, La distribution de la pauvreté et de la richesse dans les régions urbaines du Québec, portrait de la région de Montréal, Février 1986 p.4
- 7) Delisle, Odette, Le plateau Mont-Royal à la loupe, février 1986, p. 35
- 8) Lachapelle, Odile, Portrait socio-économique du quartier Hochelaga-Maisonneuve, janvier 1986
- 9) Document de travail FAS-CSN, Choisir la santé, p. 20
- 10) Lachapelle, Odile, Portrait socio-économique du quartier Hochelaga-Maisonneuve, janvier 1986
- 11) Ministère de l'environnement de l'ontario, p. 28 - cité dans le mémoire

du CLSC Hochelaga-Maisonneuve aux Audiences publiques populaires
sur l'aménagement du boulevard Ville-Marie. Noise Effects Handbook

12) Op. cit., p. 34