

DES RESSOURCES POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ
BILAN POUR L'ACTION



DES RESSOURCES POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ

BILAN POUR L'ACTION

Mise en forme
Huguette Savard

Conception et rédaction
Daniel Larouche

Direction
Claude Dionne

© Régie régionale de la santé et des services sociaux du
Saguenay–Lac-Saint-Jean
930, rue Jacques-Cartier Est
Chicoutimi (Québec) G7H 7K9

Tous droits réservés

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 2000
Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2000

ISBN : 2-921247-08-9



Décembre 1999

Un document produit en version numérique
par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Dans le cadre de la collection: "Les classiques des sciences sociales"
Site web: http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web: <http://bibliotheque.uqac.quebec.ca/index.htm>

Nous remercions infiniment la direction générale de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean de nous avoir donné l'autorisation de rendre disponible, en texte intégral le fichier numérique de cette recherche toute récente de M. Daniel Larouche (historien).

**DES RESSOURCES POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ
BILAN POUR L'ACTION**

Chicoutimi, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Décembre 1999, 40 pages

Polices de caractères utilisée : Times New Roman, 11 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2001 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format
LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition complétée le 6 janvier 2002 à Chicoutimi, Québec.





La Régie régionale de la santé et des services sociaux
du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Nous sommes infiniment reconnaissant à la Direction générale de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (RRSSS-02) de nous donner son autorisation de rendre disponible sur Internet, en format numérique, à l'intérieur de la bibliothèque virtuelle **Les Classiques des sciences sociales**, cette étude critique de M. Daniel Larouche (historien), **Des ressources pour un système de santé. Bilan pour l'action** (décembre 1999).

SOMMAIRE

<u>CONVENTIONS</u>	4
1. <u>POURQUOI CE DOCUMENT ?</u>	5
2. <u>RETOUR : L'ACTION DE LA RÉGIE</u>	6
Les positions initiales	7
La contribution de la Régie, 1992-1995	8
Découverte et impasse, 1996-1999	12
Bilan	15
3. <u>FONDEMENTS INSTITUTIONNELS POUR UN RENVERSEMENT DE TENDANCE</u>	17
Société de développement, société de bien-être : le choix des années 1970	18
Conclusion : un retour à la loi.....	21
<u>ÉPILOGUE</u>	22
<u>RÉFÉRENCES</u>	23
Annexes :	
<u>Annexe 1</u> : Le calcul de l'indicateur synthétique du MSSS	
<u>Annexe 2</u> : Indicateur global de besoins pour fin d'équité interrégionale des ressources : devis de consultation auprès des experts (1997)	
<u>Annexe 3</u> : Rapport du groupe de travail chargé d'évaluer deux méthodes proposées pour allouer les budgets aux régions sociosanitaires dans le cadre du dossier de l'équité interrégionale au Québec	
<u>Annexe 4</u> : RRSSS-02, L'avis scientifique du FRSQ sur deux méthodes d'allocation passe-t-il la rampe? (1998)	

CONVENTIONS

CASF :	Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec
CRSSS :	Désigne le Conseil régional de la santé et des services sociaux de la région sociosanitaire du Saguenay–Lac-Saint-Jean (CRSSS-02).
MAS :	Ministère des affaires sociales, Québec.
LE MINISTÈRE :	À moins de précision plus explicite, désigne le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
LA RÉGIE :	À moins de précision autre, désigne la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (Régie-02).
TI :	<i>Le taux d'inoccupation</i> : mesure sociale du non-emploi au sein d'une population; il est exprimé par la proportion en % des personnes de 15 ans et plus sans emploi.
ITALIQUE DANS LES CITATIONS	Utilisé à quelques reprises par le rédacteur pour souligner un terme important dans le cadre de ce document.
RÉFÉRENCES :	Toutes les notes et références bibliographiques apparaissent à la fin du texte.

1. POURQUOI CE DOCUMENT?

En 1992, la Réforme de la santé investissait le ministre responsable d'un pouvoir nouveau : *répartir entre les régions* les ressources financières du secteur, compte tenu des besoins de leurs populations¹. La Réforme confiait aussi aux régies régionales – nouveaux organismes intermédiaires qu'elle instituait – la responsabilité d'identifier les besoins de la population et d'en informer le ministre². Dès lors, Ministère et régies devaient échanger sur les critères de la répartition interrégionale du plus important secteur de dépenses de l'État québécois.

Dans ce contexte, la Régie du Saguenay–Lac-Saint-Jean a réalisé et présenté des travaux qui décrivent, expliquent et mesurent, à partir des données de la réalité, les phénomènes sociaux affectant les populations et, par voie de conséquence, les groupes, les familles et les individus qui les composent. À toute question posée lors d'échanges avec les régies et le Ministère, la Régie a fourni une réponse documentée et la plupart du temps élaborée à partir des données officielles disponibles. De même, lorsqu'il s'est avéré nécessaire de réfuter certains critères de répartition *mal fondés*, la Régie s'est astreinte à le faire en s'appuyant sur l'autorité des faits et d'une analyse approfondie.

Après ces années de travaux attentifs en ce qui a trait à la connaissance et à l'explication des faits de populations, incluant ce qui les rend malades (la morbidité), la Régie a, par ses travaux, apporté un éclairage neuf, fondamental et valide. Sur un autre plan par contre, les conditions d'une discussion approfondie et saine sur le sujet ont fait défaut. Pourtant nos travaux montrent l'écart entre nos résultats collectifs actuels et les finalités bienveillantes justifiant la mise en œuvre du régime de services au Québec, au début des années 1970.

Tel qu'il s'est déroulé depuis la Réforme de 1992, le « débat » sur le sujet a, pour l'essentiel, été confiné à un dialogue avec l'interlocuteur administratif, le ministère; il a toujours été maintenu sur la toile de fonds de la répartition budgétaire du financement des services de santé. Ce confinement – qu'il soit l'effet d'une volonté délibérée ou non – a mené à un cul-de-sac qui pourrait s'imager comme suit :

- le comptable, sûr de lui, dit « Ce n'est pas mon métier de donner du pain aux citoyens pour les garder en santé; je m'occupe de donner des remèdes aux malades. Ça se comprend, non! »;
- et l'autre, excédé, de rétorquer « C'est le manque de pain qui nous fait tant de citoyens malades; pas surprenant que tu manques de fonds pour donner des remèdes à tes malades. ».

Ce document explore les motifs qui feraient en sorte que le *comptable* et *l'autre* partent ensemble convaincre celui qui contrôle, à la fois, pain et remèdes.

2.

RETOUR

L'ACTION DE LA RÉGIE : LES BESOINS ET LES MOYENS POUR Y RÉPONDRE

Dans la mesure où l'on croit à la démocratie,
dans la même mesure on croit dans l'information
et dans la fécondité du pari sur l'intelligence du citoyen.
Dans la même mesure, on s'oblige à le respecter, à l'écouter
et, au bout du compte, à se prononcer
car, soi aussi, on est citoyen.

Jean-Paul Desbiens (Dossier Untel)

...Les herbes diverses se haïssent et se mangent entre elles,
mais non l'arbre unique
dont chaque branche s'accroît de la prospérité des autres.

St-Exupéry (Citadelle)

Les positions initiales

En 1990, devant la Commission parlementaire des Affaires sociales, le CRSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean affirmait :

« Le système de santé joue trop souvent un rôle palliatif par rapport à des problèmes collectifs qui prennent racine dans l'inégalité sociale, dans la pauvreté économique ou culturelle... »

Référant à la *tendance* déjà nettement perceptible et à la nécessité d'un *renversement* de celle-ci, le CRSSS ajoutait :

« Le centre du Québec se nourrit, de plus en plus, du potentiel humain des régions dites de ressources. Cette tendance, si elle n'est pas inversée, renforce l'exode des jeunes, contribue au vieillissement accéléré des populations régionales et risque de se traduire par une rupture de la croissance démographique, un appauvrissement social et culturel de même qu'une augmentation concomitante des problématiques sociosanitaires.

*Il est de l'intérêt de l'ensemble de la société québécoise de revenir à un modèle de **développement** fortement articulé à la croissance de régions bien outillées et autonomes.^{3,4}*

Pour assurer le changement de cap nécessaire, le CRSSS insistait sur la mise en œuvre d'un cadre de répartition des *ressources* entre les régions :

- « axé sur une vision *sociale* cohérente plutôt que sur des paramètres technocratiques »;
- tenant « compte que les problèmes de santé et d'adaptation ont comme substrat les *conditions* sociales et économiques des *collectivités* »;
- s'appuyant « sur le niveau de *besoin* des groupes et des individus »;
- prenant en compte « l'*impact* socio-économique de la répartition des ressources de santé et de services sociaux »⁵

Les résultats obtenus découlant *toujours* des *moyens* utilisés, plutôt que de la générosité des objectifs, le CRSSS proposait d'autres changements substantiels, parfois radicaux : une décentralisation politique réelle à toutes les échelles territoriales; une répartition claire des responsabilités; une reddition de compte; des instruments de connaissance et de mesure des besoins; des outils harmonisés de planification et de gestion. On ajoutait « la région est aujourd'hui capable de prendre en charge le développement et l'organisation de services... si des *moyens* congruents et équitables étaient disponibles pour affronter les problématiques des années 1990 ».

Plusieurs des propositions du CRSSS firent, à divers degrés, leur chemin, cependant que la décentralisation politique demandée se réduisit, de fait, à une décentralisation adminis-

trative qui pourrait s'apparenter à ce qui a été décrit à l'égard d'autres structures régionalisées.

*« Il s'agit bien de l'instauration de nouveaux paliers [entendre ici les Régies] auxquels on confie des responsabilités de gestion et à qui les technocrates québécois imposent des modèles d'administration calqués sur leurs propres méthodes. Il faut donc comprendre ici la notion de décentralisation dans un sens particulier et même paradoxal : l'appareil de l'État central tout en créant des paliers politico-administratifs dits décentralisés, renforce ses moyens de contrôle et de normalisation sur l'ensemble du territoire et **encadre les populations** à l'intérieur d'instances administratives étroitement surveillées. On pourrait ainsi reprendre l'expression de Divay et avancer que nous connaissons au Québec une « décentralisation d'encadrement ».»⁶*

La contribution de la Régie, 1992-1995

Dès après l'instauration légale des régies régionales qui succèdent ainsi aux CRSSS, il fallut peu de temps pour que se mette en place la plus drastique démarche de *rationnement* budgétaire que l'État québécois ait initié depuis 1982.⁷ Puisque le secteur de la santé s'avère, avant l'éducation, le principal champ de dépenses du gouvernement et l'un de ceux où la charge des services tend le plus à augmenter, il fallut donc amorcer la discussion sur les *critères*⁸ de la répartition interrégionale du financement dans une conjoncture où tout critère signifiait « en avoir moins ou beaucoup moins ».

Rapidement, dans les échanges entre régies et MSSS, la Régie-02 a apporté une contribution consistante sur trois plans :

- la connaissance des *critères* caractérisant le *besoin* des populations régionales;
- la méthodologie générale de mise en œuvre des critères;
- la mesure de l'impact social et sanitaire des politiques de redistribution du produit des taxes et des impôts.

Le tableau 1 illustre, en les mettant en contraste, le point de vue général mis de l'avant dès le départ par la Régie et celui qui prévalait dans l'appareil ministériel.

TABLEAU 1

CONTOUR D'UN MODE DE FINANCEMENT VOUÉ À L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, 1992-1995		
PROPOSITION DE LA RÉGIE	VS	MODE DE FINANCEMENT EXISTANT
1. Besoin des populations régionales et critères en rendant compte		
<p>A. Les travaux antérieurs menés au MAS, au MSSS, au CASF et au CRSSS-02 par C. Côté avaient <i>démontré</i> que les populations en besoin cumulaient <i>pertes démographiques</i> des jeunes, vieillissement accéléré, conditions sociales défavorables à la santé et au bien-être des individus.⁹</p> <p>B. Un critère conçu par C. Côté, en 1978, et validé ensuite par de nombreux travaux – le <i>taux d'inoccupation</i> – est une mesure sociale du non-emploi au sein des populations. La forte relation qu'il entretient avec les caractéristiques des <i>populations en besoin</i> (v. 1A) tient au fait qu'il s'agit de relations causales : le manque d'emploi, mesuré par le TI, explique le manque de revenu des populations et les conséquences démographiques et sociales en découlant.</p>		<p>a. La première année, une douzaine de scénarios de répartition financière et des centaines d'amendements à ceux-ci.</p> <p>b. La deuxième année, des indicateurs pour chacun des huit programmes-clientèles (santé physique, santé mentale, déficience intellectuelle, etc.).</p> <p>c. La troisième année : <i>un indicateur synthétique</i> formé par la sommation des indicateurs-clientèles développés précédemment (v. 1b), chacun étant pondéré par le poids financier du programme. (On trouvera la formule de cet indicateur synthétique en annexe 1).</p>
État de situation en 1999		
<p>Après les travaux menés entre 1996 et 1999 sur la morbidité hospitalière en regard des critères utiles, il y a lieu de maintenir le critère TI, comme étant <i>le meilleur connu</i>. La prise en compte de la structure d'âge peut en améliorer <i>légèrement</i> la performance.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Refus des propositions de la Régie-02. • L'indicateur synthétique a été écarté par le MSSS, après avis du Groupe d'experts internationaux (1995) et autres avis.¹⁰ • À la suite de quoi, le MSSS entreprit de nouveaux travaux...
2. La méthode générale d'allocation du financement		
<p>A. Prise en compte des impacts directs et indirects des <i>dépenses</i> publiques sur les collectivités locales.</p> <p>Les dépenses publiques constituent 50 % du PIB. Les dépenses publiques de santé représentent 7 % du PIB. Compte tenu de leur concentration dans des établissements sous forme de masses salariales, elles influencent la disponibilité récurrente d'emploi et sont ainsi à la source de mouvements migratoires.¹¹</p>		<p>a. Aucune admission des faits à ce sujet. On avance des arguments et des questionnements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'approche de la Régie est d'une légalité douteuse; • le rôle du ministère n'est pas de faire du développement économique dans les régions. • il faudrait documenter le lien entre le TI et la pauvreté; • il faudrait mieux faire comprendre le concept du TI; • il faudrait que le TI entretienne des relations significatives avec la consommation des services de santé et de services sociaux.

<p>B. La répartition des fonds publics devrait s'effectuer en deux <i>opérations consécutives</i> :</p> <ul style="list-style-type: none">• Dans un <i>premier temps</i>, le financement est réparti en fonction des populations, selon le critère TI (davantage de ressources là où le manque d'emploi est plus aigu);• dans un <i>second temps</i>, ventilation des <i>enveloppes-populations en sous-enveloppes services</i>, selon des modes assurant le meilleur compromis entre les caractéristiques sociales et les impératifs d'efficience et d'efficacité.¹² <p>C. Avec un financement accordé sur la base d'un critère valide, le TI, la région de provenance assume les coûts de services de sa population recourant, lorsque requis, à des ententes contractuelles avec d'autres régions sur la base des <i>réellements</i> services dispensés.</p> <ul style="list-style-type: none">• Le calcul des « balances d'échanges de clientèles entre les régions (balances commerciales) servent à quantifier les services et les coûts à assumer pour chaque régions.¹³• Les balances commerciales déficitaires reflètent globalement le manque de ressources pour répondre au besoin.	<p>b. La répartition du financement se fait en une seule opération, selon le modèle des programmes-clientèles.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ultérieurement, on admet l'idée d'une enveloppe régionale unique mais déterminée sur la base des programmes-clientèles (1995). <p>c. On accepte la proposition de la Régie d'utiliser des balances commerciales. Le ministère utilise les balances pour reconnaître aux régions dispensatrices la part du budget correspondant au volume de services excédentaire offert aux régions plus consommatrices. De ce fait, cette forme d'utilisation consacre le statu quo en matière de localisation des ressources.</p>
--	---

La position de la Régie, résumée au tableau 1, est à l'effet que, pour se conformer aux finalités premières de la loi constitutive du régime de services, il faille non seulement assurer le fonctionnement d'un *système de soins* mais aussi faire contribuer la répartition de la richesse collective à la création d'un *système de santé* : des conditions de *développement* qui prémunissent *les populations* contre *l'apparition* de la maladie ou des problèmes sociaux. La conviction étant que seul le développement – une *croissance sans génération d'inégalités* – garantit l'existence d'un système de santé et que le système de santé garantit la capacité du système de soins de faire face à l'expression individuelle des besoins.

Le tableau 1 l'indique aussi : la Régie, jusqu'à 1995, s'est efforcée de *faire comprendre* que le taux d'inoccupation est un critère valide, simple, efficace et adéquat pour mesurer ce qui caractérise le besoin des populations au plan social. On peut aussi, à la vue du même tableau, s'étonner du fait qu'après plus de deux décennies de fonctionnement du système, les instances responsables n'aient pas – faute d'accepter le TI – résolu le problème d'identifier des critères simples et fiables pour traduire le besoin des populations en matière sociale et sanitaire. En réalité, jusqu'à ce que des experts reconnaissent le caractère impraticable de la « *critérologie* » officielle alors mise de l'avant¹⁴, l'alignement

qui prévalait consistait à concevoir des *paramètres de normalisation* pour chacun des programmes-clientèles. On proposait une enfilade de *normes*, en faisant comme si la somme de ces paramètres pondérés pouvait représenter le besoin d'ensemble des populations : voir l'annexe 1, fort éloquent à cet égard. Les experts consultés en 1995 – comme la Régie le soutenait depuis quelques années – voyaient la nécessité de disposer de *critères* compréhensibles, permettant une lecture commune de la réalité à des fins *décisionnelles*.

Cette façon de faire officielle était, par ailleurs, assez caractéristique des *pratiques* en usage, en fonction du mode de gestion des fonds publics instauré au Québec au début de la décennie 1970 : le Planning-Programming-Budgeting-Systeme (PPBS) dont la dénomination française serait la rationalisation des choix budgétaires. L'implantation de ce processus s'appuyant sur le pari initial qu'il serait de la sorte possible de mesurer *l'utilité sociale* de l'activité gouvernementale et « d'optimiser » l'utilisation des *moyens* sur la base de grands objectifs d'État et d'objectifs opérationnels, sectoriels et administratifs. L'encadré « Les choix collectifs et le PPBS au Québec » présenté ci-après résume ce processus de gestion, les objectifs fondamentaux qu'on lui assignait à l'époque au Québec; il livre également une appréciation des études d'impacts réalisées en lien avec ce processus.

Il faut souligner au moins deux carences fondamentales du mode d'allocation en usage au Ministère au cours de la période sous analyse. Il est évident que pour mesurer les impacts du financement – et des activités qu'il génère en terme d'utilité sociale – il faille considérer *aussi, et distinctement*, l'effet des *masses monétaires* et salariales globalement réparties entre les populations régionales et locales. En répartissant ces masses récurrentes, l'État agit sur la disponibilité d'emplois, sur le revenu, sur les effets multiplicateurs et sur la migration des personnes en âge de travailler... avec les conséquences sociales découlant de l'accroissement ou de la diminution des inégalités.

Ce refus systématique d'examiner les impacts mêmes de la répartition se traduisait par le recours à des incantations, telle « c'est pas à nous de faire le développement économique » maintes fois répétées verbalement et par écrit. Pourtant, comment assurer *l'utilité sociale* d'ensemble des programmes sans mesurer les impacts sociaux de l'allocation des masses monétaires en cause sur les populations?

L'autre carence est apparue clairement en 1995 quand, après des années de travaux officiellement voués à déterminer le niveau de besoins des populations régionales, il a été reconnu que les paramètres mis de l'avant par le ministère *prescrivaient* la consommation de services *attendue* des populations régionales, *sans qu'aucune analyse de la consommation réelle* des populations n'ait été réalisée.¹⁵

LES CHOIX COLLECTIFS DU QUÉBEC ET LE PPBS

A. L'origine

Le Planning-Programming-Budgeting System (PPBS) a été d'abord appliqué au Ministère de la Défense des États-Unis (1961), à la NASA (1962) puis généralisé à l'échelle du gouvernement fédéral américain (1965). La France, le Canada et le Québec l'ont progressivement implanté entre 1968 et 1973.

B. Une description

Partant de l'idée que les choix majeurs appartiennent aux élus et que l'unité d'action est souhaitable, le recours au PPBS veut rendre possible le calcul de *l'utilité sociale des activités*, du point de vue de l'électorat en général. En théorie, une fois cette utilité évaluée, on retient les objectifs pertinents et après avoir choisi les meilleurs moyens de réaliser ces objectifs, on affecte les ressources en fonction d'une optimisation d'ensemble.

C. Le modèle québécois au début des années 1970

Selon ce point de vue « *il y aurait moyen d'établir une arborescence d'objectifs en partant des objectifs les plus généraux... Une telle arborescence a effectivement été élaborée puis adoptée. Au sommet, la finalité la plus certaine et la moins précise : le plus grand bien-être du plus grand nombre. Pour atteindre cet idéal lointain toujours repoussé, quatre grands moyens : sur le plan économique, la croissance de la production dans la stabilité et l'égalité; sur le plan social, l'allongement de la vie par la santé physique et morale et dans l'harmonie; sur le plan culturel, l'accès à l'éducation pour tous; sur le plan politico-administratif enfin, la sécurité et la participation démocratique* ».*

D. La mesure des impacts des activités gouvernementales

Des « *indicateurs ont été définis pour mesurer l'impact (l'efficacité ou l'utilité) des programmes... Ces indicateurs devaient permettre une mesure des changements que les programmes amenaient dans la société... Avec les indicateurs d'impact, le Conseil du Trésor cherchait à savoir ce que la population retirait de chaque programme. La mesure de l'impact des programmes a présenté beaucoup de difficultés... En dépit des possibilités réelles d'évaluer l'impact des programmes gouvernementaux, les progrès de ce point de vue ont été lents et limités. Non seulement y avait-il peu d'analystes capables d'évaluer les impacts des programmes, notamment en mettant en relation les actions entreprises et les effets (relation de causalité) mais il y avait en outre une absence fréquente de référence : idéalement le critère d'impact devait être la différence entre les résultats attendus et les résultats enregistrés...* ».*

* André Bernard « Changements dans le domaine de la gestion financière québécoise » dans *L'administration publique québécoise*. Québec, PUQ, 1989, p. 63-83.

Découverte et impasse, 1996-1999

Sous l'impulsion d'un questionnement pertinent émanant du comité MSSS-Régie touchant le rapport *éventuel* entre la consommation des services lourds et le TI, la Régie entreprit à l'hiver 1996 des travaux approfondis d'analyse de la consommation et de la relation de celle-ci avec *les* indicateurs en usage, y compris le TI.

Cette étude traita dans le temps long (1982-1995) *toute* l'hospitalisation du Québec selon la provenance régionale des personnes admises. Volontairement menée sans référence préalable à la littérature scientifique québécoise et internationale, ce travail sans précé-

dent et basé sur les données réelles fait ressortir la *dimension sociale* des écarts de la morbidité entre les populations régionales. Pour l'illustrer, le graphique 1 situe, sur la verticale, le niveau de morbidité caractérisant chacune des régions (identifiées selon leur numéro officiel) : on y voit par exemple que la région de la Gaspésie (11) montre un taux de morbidité doublant presque celui de la région de Laval (13). On voit, par ailleurs, que le rangement serré des régions autour de la droite qui traverse le graphique indique à quel point la *morbidité* est étroitement associée au niveau de *manque d'emploi* qui prévaut dans chacune des populations régionales, le manque d'emploi étant exprimé par le TI sur l'axe horizontal.

GRAPHIQUE 1

Ce qu'exprime ce graphique montre à la fois l'ampleur, au Québec, des disparités régionales au plan de la maladie et aussi des conditions sociales qui l'engendre. Comme l'évoquait, à la vue de ce graphique, un médecin généticien du CHUL, cette représentation de la maladie ne parle pas « d'années potentielles de vie perdues » mais parle directement de « vies perdues ». Le rapport faisant l'état détaillé des travaux affirme :

« Les populations qui se distinguent par leur haut niveau de consommation de services hospitaliers sont des populations plus malades que les autres » car elles « réunissent une plus grande proportion d'individus de **tous âges** encourant un risque de mort ou d'atteinte grave si elles ne pouvaient recourir aux services, conformément au concept même de « besoin ». »¹⁶

Le travail réalisé à la Régie a vérifié et expliqué notamment comment le manque d'emploi caractérisant en propre chaque région *détermine* – au sens « être la cause de » – son niveau relatif de morbidité. Au terme de cette étude, il était donc extrêmement clair que la Régie disposait dans le TI d'un *critère* qui rendait compte de la *morbidité* des populations régionales à un niveau qu'aucun autre critère n'approchait. Cette performance du critère s'explique d'ailleurs par le fait qu'il rend compte de la *cause principale* de la *pauvreté* relative des populations; elle-même crée, par sa chronicité, les conditions d'expression de la plupart des maladies.

Cette « découverte » paraît rejoindre ce qui tombe pourtant sous les sens. Il est même exact d'affirmer que la littérature scientifique québécoise et étrangère regorge d'énoncés prétendant la même chose.¹⁷ À deux différences près : la première étant que plusieurs caractéristiques distinguant en propre la morbidité des populations – caractéristiques identifiées par nos travaux – n'avaient, à notre connaissance, jamais été vues et mesurées nulle part; la seconde étant que les énoncés, *abondants* dans la littérature, sont de façon générale posés comme des évidences empiriquement palpables. Pourtant, nous n'avons trouvé, ici ou ailleurs, aucune *démonstration* scientifique exhaustive sur le sujet; encore moins sur le rapport de causalité. Par contre, foisonnent les énoncés empiriques qui colent à la fibre de ce que nous avons vérifié. Un exemple parmi tant d'autres sorti des années 1960 :

*« ce que l'on considère comme minimum vital consiste en un logement convenable, des vêtements appropriés, une nourriture permettant la croissance physique et le maintien de la santé, des services médicaux adéquats et un degré d'instruction suffisant pour permettre aux citoyens de **gagner leur vie** honorablement. »*¹⁸

Une fois ces résultats connus, il s'est avéré pratiquement impossible de faire que les travaux de la Régie soient *convenablement* entendus et discutés par les instances décisionnelles ou par quelque instance mandatée s'adonnant à un examen crédible de nos résultats. Un mandat d'évaluation de nos travaux et de ceux réalisés au Ministère entre 1995 et

1997 fut confié au Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) (v. le mandat, en annexe 2). Le fruit du travail du comité d'experts du FRSQ apparaît en annexe 3, suivi de l'appréciation faite par notre Régie sur la teneur du Rapport du FRSQ (v. annexe 4) : selon la Régie, l'évaluation du FRSQ ne peut d'aucune façon être appelée une évaluation scientifique. Cette appréciation du Rapport du FRSQ a été acheminée au Ministère en août 1998. Elle n'a fait l'objet d'aucune réponse officielle depuis lors.

Nos travaux portaient sur la mesure du *besoin* des populations régionales et sur les *critères* pouvant en rendre compte. L'évaluation du FRSQ portait sur « deux méthodes proposées pour *allouer les budgets* aux régions ». ¹⁹ La méprise est fondamentale, car le mandat d'évaluation convenu expressément entre le Ministère et la Conférence des régies stipulait clairement :

« L'objectif général de l'expertise est d'identifier – après audition et examen des deux approches – celle qui présente, le cas échéant, la meilleure mesure possible du besoin des populations régionales en fonction de leur état de santé et du lien avec le recours aux services de santé et de services sociaux. »

L'impasse semble totale.

Bilan

Depuis la publication de l'ouvrage « *Désintégration des régions : le sous-développement durable au Québec* » les faits de la réalité n'ont cessé, malheureusement, de donner raison à notre description de la tendance, de la pente sociale actuelle du Québec. Cette pente appelle avec de plus en plus d'acuité un renversement décisionnel de tendance. Depuis des années, la Régie n'a cessé d'approfondir les données de la réalité québécoise. On se rend compte, sans complaisance, que nos *alignements initiaux* étaient valables; plus encore, ils se sont augmentés d'éléments extrêmement probants de confirmation. Le cap de la Régie était bon. Rien n'a encore débloqué. Urgence!

S'agissant de mesurer l'état de situation et la trajectoire de notre système social au plan sanitaire et démographique, il appert que le TI permet d'apprécier et de mesurer la tendance inscrite dans la réalité – à moins que ne soient fournies les preuves qui démontrent l'invalidité de la preuve que nous avons produite (v. références, no 16). Compte tenu des impacts *désastreux* qu'il faut prévoir si les écarts actuels du TI entre les régions sont maintenus, il faut poursuivre et accentuer l'effort de persuasion à partir des travaux élaborés. Les événements relatés ici, en regard des discussions administratives sur le sujet, invitent à *ne pas* confiner le partage des connaissances – et des convictions – acquises à ces seuls lieux. Il importerait, sur la base des volontés fondamentales inscrites dans la Loi, d'engager la discussion avec les citoyens et leurs représentants politiques, avec aussi toute instance soucieuse de promouvoir le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être au sein de *toutes* les populations.

Certaines difficultés se posent à l'égard d'une saine promotion des connaissances disponibles. Il est utile d'en mentionner quelques-unes.

- Les connaissances développées ont trait aux *populations* considérées dans leurs caractères propres : à moins de disposer d'une préparation particulière, la plupart des personnes ont des schèmes de référence basés sur « l'univers des personnes ». Ceci pose, surtout lorsque le temps d'échange est limité, des problèmes dans la compréhension des faits relatifs aux populations, vues comme réalité *distincte* des individus qui les composent par exemple, une population peut être immortelle ou à l'inverse disparaître sans mort de femmes et d'hommes. Pour des personnes habituées à *mesurer* sur la base des problèmes individuels traités dans les milieux corporatifs, il n'est pas a priori facile de se placer dans l'univers probabiliste mais bien réel des populations.
- Les impacts sociaux et sanitaires des dépenses publiques ne mettent pas en cause le seul financement du secteur de la santé mais, *entre autres* ce dernier : en effet c'est la répartition de l'ensemble des fonds publics qui est en cause; mais comment orchestrer l'ensemble si les responsables sectoriels de la santé ne se voient pas interpellés par les faits de la réalité sociale et sanitaire? Les impacts décrits par la Régie renvoient à un ordre de préoccupation qui relève au premier chef de la décision politique, celle des représentants élus qui déterminent les orientations fondamentales et votent les crédits voués à leur mise en œuvre.

Ces difficultés, parmi d'autres, ne doivent cependant pas nous faire oublier que les fondements institutionnels et légaux existent au Canada et au Québec qui font un devoir de s'attaquer solidairement aux problématiques découlant des inégalités de chance que déce le TI. C'est l'objet du prochain chapitre.

3.

FONDEMENTS INSTITUTIONNELS POUR UN RENVERSEMENT DE TENDANCE

Il est vain et illusoire de s'occuper de l'avenir
... La seule opération valable est d'exprimer le monde présent
Exprimer, c'est bâtir avec le disparate présent
le visage un qui le domine...
Tout autre prétention n'est que vent de paroles.

St-Exupéry, *Citadelle*

La légèreté des intellectuels m'épouvante
c'est comme s'ils n'avaient rien lu;
c'est comme s'ils n'avaient aucune mémoire
du passé d'ailleurs, ni aucune imagination de l'avenir d'ici,
tel qu'on le prépare présentement.

Jean-Paul Desbiens, *Dossier Untel*

Peut-être (et c'est souvent mon impression)
sommes-nous fatalement embarqués...
Et alors? Il y a toujours de l'espoir au cœur de l'homme
Je rêve, sans trop y croire, à une expérience originale.

Jean-Paul Desbiens, *Dossier Untel*

Poli, ça veut dire usé

Frère Untel

Société de développement, société de bien-être : le choix des années 1970

Les écarts systématiques et maintenus du TI entre les populations qui subdivisent le Québec détruisent des régions, leur offrant aussi en prime pauvreté et maladie. Voilà des données solidement burinées dans notre réalité.

Malgré cela, certains serinent encore le « verset » sectoriel qu'il n'est pas de leur mandat de faire du *développement économique* régional. Pendant ce temps, leurs marmitons savants continuent de concocter de prometteuses *soupes aux critères...* toujours nouvelles, toujours meilleures, toujours... en dehors de la réalité, celle du système social québécois, avec toutes ses vies humaines dont on voit un nombre croissant sombrer sous la houlette tutélaire d'une sourde orientation... devenue aveugle.

À l'époque où l'on a mis en place, au Québec, les grandes institutions publiques de services de santé, l'un des concepteurs impliqués, le sociologue Gérald Fortin avait énoncé et prévenu :

« Si l'on parle actuellement de développement régional, c'est surtout par suite des pressions des régions relativement sous-développées, qui ont pris conscience de leur manque de développement et qui réclament au nom de la justice un traitement égalitaire. Le développement régional devient ainsi un moyen de combattre la pauvreté, de diminuer le chômage et, soyons réalistes, d'obtenir des votes.

*Ainsi s'inscrit très souvent, dans les programmes et les politiques de développement régional, une ambiguïté qui, sans doute rend ces programmes rentables au point de vue électoral, mais les rend presque inefficaces. Il s'agit de l'ambiguïté entre **programme de bien-être** et **programme de développement**.*

*Le programme de bien-être doit à court terme soulager sur place la misère ou la pauvreté. Comme tel, il ne s'attaque pas aux sources ou aux causes de la pauvreté, mais veut en **atténuer les effets**. Normalement de tels programmes devraient chercher à réhabiliter les individus ou les groupes soumis à la pauvreté, mais ceci supposerait que les programmes de bien-être soient coordonnés avec les programmes de développement; ce qui en pratique n'existe pas actuellement. Ainsi pour efficaces que soient, à court terme, **les programmes de bien-être, ils peuvent devenir très dommageables à moyen terme. En diminuant les manifestations de la pauvreté, ils ne s'attaquent pas aux causes réelles de cette pauvreté, de sorte que la situation globale s'en va lentement vers une impasse complète.***

Les programmes de développement ont comme caractéristique première de n'être pas directement rentables dans le court terme. Ils s'attaquent à

la pauvreté non pas en diminuant les effets, mais en cherchant à éliminer les causes. Ainsi, on cherchera à établir des infrastructures nécessaires à une activité économique plus poussée, on organisera de façon plus rationnelle et plus rentable l'exploitation des ressources naturelles, on cherchera à rétablir l'équilibre entre le niveau de la population et le niveau des ressources... Ce qui caractérise, de façon profonde, l'approche de la politique de développement, c'est sa globalité. L'analyse des causes de la pauvreté ne se fera pas de façon sectorielle, mais de façon globale. »

Cet extrait mettait la table, à l'égard de deux orientations possibles du système d'État; elles se posaient à l'époque comme un choix à faire. Il s'agissait ou bien à instaurer – dans le sens du *bien-être* – un ensemble de mécanismes de services publics destinés à limiter et contrer les effets subis par les personnes en raison de la pauvreté, de la maladie; ou bien – dans le sens du développement – de s'attaquer, par une approche d'ensemble, aux *causes* de la pauvreté et, partant, aux conséquences individuelles déjà empiriquement bien connues de cette pauvreté : malnutrition, stress continu, environnement physique défavorable, insuffisance des apprentissages, etc. Il laissait voir que la rentabilité à court terme d'une approche de bien-être débouche nécessairement à long terme sur un *cul-de-sac*, cette approche laissant les *causes* éroder le corps social.

Trente ans après les choix implicites du début des années 1970, quiconque peut poser son diagnostic personnel sur le genre de choix alors faits au Québec. Sur une base plus objective, puisqu'une politique de *développement* manifeste plus lentement et plus globalement ses dividendes, un certain nombre de problèmes pratiques doivent être résolus pour réaliser tel programme : comment *mesurer* globalement les *causes* et les *effets*? Quels sont les *critères* qui permettent de suivre et de décider (maintenir, augmenter ou diminuer l'investissement et par automatisme les activités en découlant)? Quels instruments et quelles façons de faire permettent d'organiser, d'harmoniser et de moduler l'action gouvernementale en faveur du développement, sans détruire les services?

Il est clair que les efforts déployés par les gouvernements successifs du début des années 1970 pour fixer des objectifs collectivement souhaitables – et électoralement valables – ont été considérables. De même, les efforts pour assurer l'articulation et le contrôle de l'activité budgétaire et de services de l'État : l'encadré « Les choix collectifs du Québec et le PPBS » l'illustre. Par contre, l'examen des propositions – revendications pourrait-on dire – émises par la Régie et illustrées au tableau 1 laisse apparaître :

- l'absence de bilan chiffré (accessible) par population des masses monétaires redistribuées par les pouvoirs publics (le Québec, en l'occurrence);
- l'absence d'un mécanisme pour la répartition globale du financement public, par population, *avant* ventilation en budgets de mission, programme et services;
- l'absence d'un ou de critères valides, officiellement reconnus, permettant de moduler l'allocation du financement public entre les populations;

- l'absence d'un suivi évolutif des impacts d'*ensemble*, de manière à déceler la tendance générale du système social dans ses articulations essentielles (quantification des populations et des flux, évolution des disparités d'emploi et de richesse...);
- l'absence d'instances politiquement décentralisées favorisant une prise en charge par les populations plutôt qu'une *normalisation* des populations par l'administration centrale.

Il devient dès lors difficile, avec des instances sectorielles investies de la responsabilité d'appliquer une loi vouée à la santé, de discuter des *résultats* et plus difficile encore de s'entendre sur la voie des *moyens*. Les carences évoquées ne devraient cependant pas, en principe, invalider les finalités premières des lois constitutives du régime de services de santé. C'est d'ailleurs dans un retour à ces finalités premières que se trouve la clef d'une discussion fondée sur les résultats obtenus et sur les moyens propres à changer la tendance indésirable qui n'en finit plus de prévaloir au Québec : des conditions de sous-développement qui affectent chroniquement des populations engendrant de la sorte les conditions d'émergence des maladies à un niveau tel qu'aucune réforme de services ou qu'aucun accroissement de productivité du secteur public ne pourra éventuellement y faire face.

Pourtant, à partir des travaux de longue haleine réalisés en particulier par Charles Côté, la Régie dispose d'éléments décisifs pour contribuer, avec d'autres, au renversement d'une tendance qui menace l'arbre tout autant que ses branches.

Conclusion : un retour à la loi

L'article 1 de la loi qui fonde l'intervention de l'État québécois en matière de santé énonce les objectifs fondamentaux du régime.

Parmi ceux-ci :

- « Le régime a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité...des personnes d'agir dans *leur* milieu...

Il vise plus particulièrement à :

- 1^{ère} réduire la mortalité...ainsi que la morbidité...
- 2^e agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être...
- 3^e *atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein...des différentes régions.*

Il s'agit là d'objectifs qui, compte tenu des connaissances mises au jour par les travaux de la Régie, ne peuvent être mis au crédit des objectifs atteints : les faits attestent du contraire. En fonction des connaissances développées, il ne serait ni efficace, ni efficient que le *régime* essaie, d'une part comme système de soins, de rétablir la santé des personnes qui l'ont perdue ou qui sont menacées de la perdre et que d'autre part, le même régime ne fasse pas *tout ce qui est en son pouvoir* – cette fois dans l'optique d'un système de santé – pour créer, dans *toutes* les régions, les conditions qui permettent au plus grand nombre de ne pas devenir malade. La main qui donne les services ne peut feindre d'ignorer ce que fait la main qui donne l'argent. Car les conditions qui favorisent la santé sont justement celles qui font diminuer la pauvreté. La situation actuelle ne serait acceptable que si l'objectif de la loi était de promouvoir pour quelques régions seulement une *industrie* des soins alimentée à même des régions qu'on verrait comme des bassins de fermentation de la maladie. Une nouvelle application du concept de la région dite de ressources.

La Régie a la conviction d'avoir, à un niveau de précision sans précédent, *décrit* et *expliqué* nos résultats en regard de l'atteinte de niveaux comparables de santé entre les régions. Elle a la conviction d'avoir identifié un *critère* extrêmement performant pour mesurer et apprécier dans quel sens évolue la *cause* qui à l'échelle des populations détermine pauvreté et séquelles de pauvreté. La Régie a aussi identifié les articulations essentielles d'un mode d'allocation qui peut rencontrer à la fois les impératifs d'une politique de développement (la quantification des ressources allouées globalement à chaque population) et d'une dispensation de services qui favorise *l'égalité véritable des chances* plus qu'une utopique égalité des personnes.

La Régie a livré une compréhension documentée de phénomènes et de tendances qui sont tributaires à long terme de décisions collectives donc politiques.

ÉPILOGUE

*Haine
non de l'injustice
non de l'inégalité
non du mépris
Mais haine de l'arbitraire permanent
car il ruine le sens même de la vie*

St-Exupéry (Citadelle)

RÉFÉRENCES

1. *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (199), L.R.Q., c. S-5.1, art. 463.
2. Ibid, art. 346.
3. CRSSS-02, *Mémoire sur l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux...*, Chicoutimi, janvier 1990, p. 2.6 et 2.10.
4. Plus tard, à l'automne 1991, sous la plume de son Président, M. André Pedneault, le Conseil régional de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-St-Jean transmettait au ministre de la santé et des services sociaux un ouvrage grave intitulé *La désintégration des régions*. Cet ouvrage documenté expliquait comment, par le truchement de la répartition récurrente des masses salariales publiques, l'État contribuait objectivement à saper les assises démographiques et sociales des populations régionales.
5. CRSSS-02, *Mémoire...*, p. 2.6 à 2.9.
6. P. Delorme « Décentralisation municipale et pouvoir technocratique » dans *L'administration publique québécoise : évolutions sectorielles, 1960-1985*, PUQ, 1989, p. 222.
7. Outre le processus de *rationalisation des choix budgétaires* (PPBS) introduit au début des années 1970, l'un des moyens utilisés pour « favoriser » l'efficacité et l'efficacé est le *rationnement budgétaire*. C'est ce qui a été imposé au Québec vers 1982 « au moment où le Québec atteignait le seuil d'alerte dans la recherche de nouveaux revenus (résistance telle que de nouveaux impôts s'avéraient improductifs, obligation d'emprunter annuellement un montant voisin du montant du service de la dette) ». v. A. Bernard « Vingt-cinq ans de changements dans le domaine de la gestion financière du Gouvernement du Québec » dans *L'administration publique québécoise : évolutions sectorielles, 1960-1985*, PUQ, 1989, p. 82.
8. Un *critère* est un signe qui permet de distinguer une chose, de porter sur un objet un jugement d'appréciation. Lors de l'examen en décembre 1995, par un comité international, du modèle québécois d'allocation interrégional en santé, l'expert français en donnera la définition suivante « Un *critère* est une fonction monotone croissante sur un intervalle 0-1 ». Il ajoute plus simplement « C'est quelque chose auquel on sait donner un sens en fonction de sa variation... Par exemple quand ça diminue, c'est mal; quand ça augmente, c'est mieux. C'est pas autre chose que ça. ». D'autres experts diront qu'un critère d'allocation doit être simple, valide et compréhensible. Ce qui rejoint tout à fait la conviction énoncée dans le document de la Régie « *L'allocation des ressources de santé et de services sociaux : l'utilisation du taux d'inoccupation* » novembre 1995.
9. On peut référer notamment aux travaux *publiés* suivants élaborés *dans et pour* des instances officielles : « *Évaluation des politiques et des programmes du MAS – constats généraux*, document no 6 », MAS, décembre 1980, 25 p.; *La répartition des ressources sociosanitaires : impacts sur les variables sociosanitaires et sur la migration*, MAS, 1982, 53 p.; *Les disparités entre les populations en besoin et la répartition géographique des ressources disponibles. Annexe thématique au Rapport de la Commission Rochon*. Gouvernement du Québec, 1988, 200 p.; *Mémoire à la Commission d'étude sur l'avenir des municipalités* (Commission Parizeau), Conseil des affaires sociales et de la famille, 1986, 16 p.; *Désintégration des régions : Le sous-développement durable au Québec*. Éditions JCL, Chicoutimi, 261 p. Sans parler des travaux officiellement produits au CASF mais non intégralement publiés.

10. Après exposé au Comité MSSS-Régies sur l'allocation des ressources, la Régie-02 a transmis au MSSS un document intitulé *La mesure de la pauvreté : le taux d'inoccupation vs l'incidence de faible revenu* (janvier 1996, 13 p. et annexe). Ce dernier démontrait l'invalidité de l'indicateur synthétique du ministère.
11. Voir RRSSS-02, *Fondements et principes de la répartition des fonds publics entre les collectivités : le cas des dépenses en santé et en services sociaux*, Chicoutimi, décembre 1994, 11 pages.
12. Cette approche a été présentée verbalement et par écrit, à diverses reprises, notamment dans : *Désintégration des régions*, 1991; *La base de la répartition des ressources...*, 1994; *Pour une répartition équitable, efficace et efficiente des fonds publics entre les collectivités...(Présentation au Comité d'experts universitaires...)* 1995; *Présentation au comité MSSS-Régie sur l'allocation...*, 1996.
13. Le document de la Régie « *Simulation d'une compression budgétaire...* » (février 1994) introduisait le principe d'une enveloppe régionale unique allouée en fonction du TI et tenant compte des coûts imputables aux flux interrégionaux de clientèles. À la demande d'autres régions, la Régie a vérifié, à l'échelle *intra* de chaque région, l'universalité des constats reliés au flux de clientèles : ceux-ci sont fonction :
 - de la disponibilité locale de ressources;
 - du niveau de besoin (v. *Validation de la relation entre les niveaux de dépenses en santé physique et les balances commerciales à l'échelle intrarégionale*, RRSSS-02, novembre 1994).
14. Voir Contandriopoulos et Trottier. *Rapport du comité sur l'allocation interrégionale des ressources*, 1995, 32 p.
15. L'annexe 6 du document *La morbidité des populations régionales et ses déterminants sociaux* RRSSS-02, 1999 cite un extrait explicite sur les critères officiels alors avancés : on n'avait pas besoin d'examiner la réalité de la consommation de services par les populations pour en établir le niveau souhaitable ou prescrit.
16. Voir *Sous-développement et morbidité durables au Québec*. RRSSS-02, 3 mars 1998, p. 82. Ce document est repris intégralement dans l'ouvrage *La morbidité des populations régionales et ses déterminants sociaux*. RRSSS-02, mai 1999.
17. Outre les énoncés de la Charte de l'OMS (Charte d'Ottawa, 1986), de l'UNESCO, de scientifiques tels H. Selye (1974), L. Symes (1986), M. Renaud et al. (1991) on peut aussi référer aux énoncés du Conseil du Bien-être du Québec « Les inégalités socio-économiques et la pauvreté au Québec » (1965); on pourrait aussi évoquer *Le rapport Boucher* (1963) et les travaux du Conseil des Œuvres de Montréal (1966), la Charte de l'OMS (1986).
18. Le Rapport Boucher cité dans « *La guerre à la pauvreté* ». Cahiers de Cité libre. Éditions du jour, 1968, p. 47.
19. R. Pineault et al. *Rapport du groupe de travail chargé d'évaluer deux méthodes proposées pour allouer les budgets...* Juillet 1998, p. 1.

ANNEXE 1

Le calcul de l'indicateur synthétique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le calcul de l'indicateur synthétique du ministère de la Santé et des Services sociaux

PROGRAMME BUDGÉTAIRE	INDICATEUR EXPRIMÉ	POIDS FINANCIER
Santé physique	$I_R = \left(\frac{\left(\frac{\sum [\frac{NQ_{1j} \cdot PR_{1j}}{PQ_{1j}} \right) \cdot PQ}{\sum NQ_{1j}} \right)}{PR} \right) \cdot ICM_R$	48,8 %
Santé mentale	$I_R = \left(\frac{\left(\frac{\sum [\frac{CQ_{1jk} \cdot PR_{1jk}}{PQ_{1jk}} \right) \cdot PQ}{\sum CQ_{1jk}} \right)}{PR} \right) \cdot ICSM$	8,7 %
Santé publique	$I_R = \frac{APVP - EV_R}{APVP - EV_Q}$	1,5 %
Personnes âgées	$I_R = \frac{\frac{\sum PR_{ump} \cdot INC_{ump}}{PR}}{\frac{PIQ}{PQ}}$	21,6 %
Déficience physique	$I_R = 0,8 \times \left(\frac{\frac{\sum_{i=0}^{40} PR_{ump} \cdot INC_{ump}}{PR}}{\frac{PIQ}{PQ}} \right) + 0,2 \times \left(\frac{\frac{\sum_{i=40}^{\infty} PR_{ump} \cdot INC_{ump}}{PR}}{\frac{PIQ}{PQ}} \right)$	8,6 %
Déficience intellectuelle	$I_R = \frac{DEF_R}{DEF_Q}$	2,3 %
Alcoolisme et toxicomanies	$I_R = \frac{ISC_R}{ISC_Q}$	1,5 %
Jeunes en difficulté	$I_R = \sum \left[\frac{S_R}{S_Q} + \frac{C_R}{C_Q} + \frac{G_R}{G_Q} + \frac{D_R}{D_Q} + \frac{A_R}{A_Q} \right] / 5$	7,0 %

Source : Indicateurs tels qu'illustrés dans Pampalon *et al.* (1995). Le poids financier correspond au pourcentage des dépenses en services de santé et en services sociaux.

ANNEXE 2

INDICATEUR GLOBAL DE BESOINS



**CONFÉRENCE DES
RÉGIES RÉGIONALES
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DU QUÉBEC**

DÉPOSÉ SÉANCE TENANTE

**97-12.10.3
INDICATEUR GLOBAL DE BESOINS**

**Comité des directrices et directeurs généraux
9-10-11 décembre 1997**

**580, GRANDE-ALLÉE EST, BUREAU 150, QUÉBEC (QUÉBEC) G1R 2K2
TÉL. : (418) 523-4290 TÉLÉC. : (418) 523-9645**

**L'INDICATEUR GLOBAL DE BESOINS
POUR FIN D'ÉQUITÉ INTERRÉGIONALE DES RESSOURCES :
DEVIS DE CONSULTATION AUPRÈS DES EXPERTS**

1. LE CONTEXTE

Pour contribuer à réaliser les finalités de la loi instituant le régime de services de santé, l'État québécois répartit annuellement plus de 12 milliards de dollars entre les différentes régions du Québec. Ce montant représente 7 % du PIB et plus de 30 % des dépenses du Gouvernement du Québec. Dans un tel contexte, la mesure du besoin des populations en services sociaux et de santé est un objet de préoccupation majeure : elle doit permettre d'établir l'équation optimale entre le volume de ressources socio-sanitaires globalement disponible et la part de ressources à garantir à chacune des régions pour répondre aux besoins en services de leur population respective compte tenu des écarts de besoin entre les populations.

Depuis plusieurs années, les régies régionales et le ministère responsable travaillent ensemble pour arriver à mieux cerner les contours d'une bonne mesure du besoin en services des populations régionales dans un contexte d'équité de l'allocation des ressources sociosanitaires. À ce jour, deux approches distinctes décrites sommairement en annexes 1 et 2 se posent comme option pour les décideurs : l'une mise de l'avant par le groupe technique composé de professionnel(le)s de plusieurs régies régionales et du ministère, l'autre proposée par la Régie régionale 02.

Afin d'obtenir un éclairage scientifique visant à faciliter l'identification de la meilleure mesure possible du besoin des populations, la Table des directeurs généraux des régies régionales et le MSSS souhaitent obtenir un avis scientifique et indépendant sur les deux contenus en présence.

2. LES OBJECTIFS DE L'EXPERTISE

L'objectif général de l'expertise est d'identifier – après audition et examen des deux approches – celle qui présente, le cas échéant, la meilleure mesure possible du besoin des populations régionales en fonction de leur état de santé et de bien-être et du lien avec le recours aux services de santé et de services sociaux.

Dans cette optique, le groupe d'experts serait invité à se prononcer :

- sur la pertinence des bases théoriques et de la méthode;
- sur la validité, la fiabilité et la robustesse de l'indicateur;

- sur les limites, les avantages et désavantages éventuels associés à l'utilisation de l'indicateur.

3. LE MANDAT CONFIE À L'ORGANISME CHARGÉ D'ORGANISER L'EXPERTISE

Pour réaliser l'objectif énoncé, un organisme reconnu pour sa compétence dans le domaine de l'évaluation scientifique est invité à définir, organiser et mener à terme l'expertise requise.

- 3.1. Pour ce faire, l'organisme définira un devis de travail précisant la façon de mener à bien l'expertise.

On y trouvera notamment :

- l'identification des experts formant le groupe;
- les modalités d'audition des deux contenus : date, lieu, déroulement...;
- les modalités relatives à l'examen des travaux récents et à la production d'un avis.

- 3.2. Après discussion du devis avec les mandants, l'organisme verra à organiser la démarche et sa réalisation jusqu'à production de l'avis des experts. De façon non exhaustive, ceci implique la convocation des experts et des parties à l'expertise à :

- l'audition;
- l'analyse par les experts et la formalisation de l'avis.

- 3.3. L'organisme pourra, s'il le juge pertinent, mettre à profit ses ressources internes pour supporter le groupe d'experts dans la préparation et la rédaction de l'avis.

- 3.4. Quelques suggestions concernant l'expertise :

- chercheurs du domaine de la recherche scientifique dont l'expertise sur sujets traités est pertinente et reconnue (publications).

4. LES MODALITÉS D'ARRIMAGE ET DE FINANCEMENT DE LA DÉMARCHE

À discuter.

5. ÉCHÉANCIER

ACTION	QUAND	RESPONSABILITÉ
Organisation du processus de validation scientifique	Fin décembre 1997	FRSQ ou CQRS *
Rencontre des experts = présentation des rapports et discussion	Fin février 1998 (2 journées)	Coordonnateur
Avis écrits sur les deux indicateurs et transmission de l'avis au ministère et à la table des directeurs généraux	Mi-mars 1998	Coordonnateur + l'ensemble des experts

* À discuter

ANNEXE 3

Rapport du groupe de travail chargé d'évaluer deux méthodes proposées pour allouer les budgets aux régions sociosanitaires dans le cadre du dossier de l'équité interrégionale au Québec

**Rapport du groupe de travail chargé d'évaluer
deux méthodes proposées pour allouer les
budgets aux régions sociosanitaires dans le
cadre du dossier de l'équité interrégionale au Québec**

Membres :

**Pierre Fortin
Raymond Leblanc
Vincent Lemieux
Raynald Pineault*
Richard Saltman**

***Président du groupe de travail**

Juillet 1998

Le mandat confié au groupe de travail était de donner au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) un avis scientifique sur chacune des deux méthodes¹ proposées pour allouer les budgets aux régions et plus particulièrement :

- sur la pertinence des bases théoriques et de la méthode;
- sur la validité, la fiabilité et la robustesse de l'indicateur;
- sur les limites, les avantages et les désavantages éventuels associés à l'utilisation de l'indicateur.

Le groupe de travail a d'abord pris connaissance des deux propositions les plus récentes qui lui ont été fournies et des documents qui s'y rapportent. Le groupe a également rencontré les responsables des deux méthodes pour une période d'environ une heure chacun afin de clarifier certains points.

Le présent rapport prend pour acquis que ces documents ainsi que la littérature qui s'y rattache sont bien connus du Ministère et des régions et, en conséquence, il n'en reprend pas le détail. Sont présentés dans ce qui suit, le résumé de notre analyse pour chacune des méthodes et nos recommandations.

La méthode Côté

La méthode Côté fait reposer toute son analyse sur le taux d'inoccupation comme déterminant les besoins en services de santé et les besoins de santé, directement par l'effet de l'inoccupation sur la santé et, indirectement, par l'effet qu'ont sur l'emploi les montants consentis par le Gouvernement à la région pour ces services. En cela, la méthode rejoint, sur le plan théorique, les courants de pensée relatifs au développement économique et régional, et certaines recherches récentes sur les déterminants économiques et sociaux de la santé.

Le groupe de travail reconnaît le sérieux de ces réflexions, mais il reconnaît aussi la grande difficulté pour un ministère de la santé et des services sociaux de les appliquer de façon opérationnelle dans la répartition de ses ressources aux régions. En effet, la mission du Ministère doit se limiter à son domaine de compétence. Il serait malvenu d'empiéter sur celui d'autres ministères dans les responsabilités qu'il partage avec eux à l'égard de la santé et du bien-être. On ne peut, tout particulièrement, le rendre responsable du développement économique ou de l'emploi, même si l'on reconnaît l'influence de ces facteurs sur la santé. De plus, la régionalisation, pour le moment, est sectorielle et limitée aux services de santé et aux services sociaux, ce qui impose des frontières à la responsabilité directe de ce secteur, même s'il doit s'ouvrir à l'intersectorialité.

¹ Pour fins de simplicité et de clarté, nous référons à ces deux méthodes comme étant la méthode *Pampalon* et la méthode *Côté*, selon le nom de leur principal auteur.

Le taux d'inoccupation est un global du non-emploi. De par les éléments qui le composent, il est susceptible d'être corrélé avec un grand nombre d'indicateurs socio-économiques (p. ex. personnes âgées, pauvreté, sous-scolarisation, personnes seules). Cependant, l'importance et la pondération des composantes de cet indice peuvent varier d'une région à l'autre. De plus, bien que le classement ordinal des régions selon cet indice puisse être stable dans le temps, des variations cycliques et structurelles peuvent engendrer des changements quantitatifs importants dans les valeurs régionales comparatives de l'indice. Cette instabilité en réduit l'intérêt comme base de répartition budgétaire.

Le dernier document (Côté et Larouche, 3 mars 1998) vise à établir le lien statistique entre « le manque d'emploi au sein des populations et son niveau de recours aux services, plus précisément le taux de journées d'hospitalisation ». Cette vérification empirique produit des corrélations élevées, ce qui s'explique, d'une part, par la corrélation brute du taux d'inoccupation avec diverses variables sociosanitaires et, d'autre part, par la saturation du modèle statistique lorsqu'on introduit de manière tautologique des variables explicatives déjà comprises dans la variable expliquée.

De plus, le choix du taux de journées d'hospitalisation comme indicateur d'utilisation de services limite la portée de l'analyse. D'une part, l'hospitalisation et, particulièrement, la durée de séjour sont influencées par plusieurs facteurs (changement dans les pratiques, chirurgie d'un jour, nouvelles technologies, etc.) et, d'autre part, elles ne représentent qu'une partie de la morbidité. Dans le contexte des changements reliés au virage ambulatoire, d'autres indicateurs seraient vraisemblablement plus pertinents. Une baisse du nombre de journées d'hospitalisation dans une région pourrait signifier non pas une baisse de la morbidité, mais une gestion plus efficace des ressources régionales en santé. On ne voudrait pas ainsi pénaliser les régions performantes.

Il est clair que l'objectif poursuivi par la méthode *Côté* – et l'auteur a été très explicite à ce sujet – est de fournir à la région, par le truchement des budgets alloués à la santé et aux services sociaux, un levier de développement économique par la création d'emploi. Cette thèse n'est supportée ni par la théorie ni par la pratique économique. En effet, le développement économique tient à des éléments de dynamique à long terme et les transferts gouvernementaux agissent tout au plus comme des éléments stabilisateurs à court terme. À moyen et à long terme, ils n'augmentent pas le volume total d'emploi dans une région; ils ne font qu'en modifier la structure. Autrement, avec les milliards de dollars versés depuis des décennies par les gouvernements fédéraux dans les régions économiquement fragiles comme les provinces de l'Atlantique, au Canada, et la Virginie occidentale et la Louisiane, aux États-Unis, il y a longtemps qu'on aurait dû observer des redressements économiques dans ces régions.

La thèse qui sous-tend la méthode *Côté* est donc très contestable. Elle n'est pas supportée par la recherche contemporaine et, du reste, l'auteur ne fait pas référence, ou presque, à des écrits académiques qui pourraient renforcer les assises de son argumentation et sa vérification par l'expérience. À notre connaissance, une telle méthode d'allocation de ressources n'a été appliquée dans aucun pays. Nous reconnaissons toutefois que les préoccupations qui sont à la base de la méthode *Côté* sont dignes d'intérêt, et qu'il importe

de trouver des solutions appropriées aux problèmes posés par des taux d'inoccupation élevés.

La méthode *Pampalon*

Au contraire de la précédente, cette méthode s'appuie sur de solides assises logiques et méthodologiques. Selon elle, les déterminants premiers des besoins en services de santé et services sociaux sont la taille de la population, la structure d'âge et les caractéristiques sociosanitaires. Cet outil, simple et facile à utiliser, a été appliqué pour la première fois en 1997-1998. Le groupe *Pampalon* a introduit progressivement des caractéristiques sociosanitaires (p. ex. espérance de vie, faible scolarité, emploi, personnes vivant seules, etc.), y compris la variable d'inoccupation favorisée par la méthode *Côté*. Des variables d'utilisation, on a tenté enfin d'extraire de la quantification des besoins la portion due à l'offre afin d'obtenir une mesure d'utilisation essentiellement liée aux besoins. Cette stratégie a été adoptée par le groupe de l'Université de York, en Angleterre. Mais, à notre connaissance, cette méthode plus sophistiquée n'a pas encore été appliquée. Comme nous l'avons souligné plus tôt, l'indicateur d'utilisation comme le taux de journées d'hospitalisation comporte certaines limites.

Le développement de cette méthode s'accorde totalement avec ce qui se fait ailleurs au Canada et dans le monde. Les documents produits par l'équipe *Pampalon* font abondamment référence à la littérature sur le sujet et, sans aucun doute, l'expertise accumulée au cours des années par cette équipe est un acquis pour le Québec. Il faut encourager la poursuite de ses travaux, car ils sont prometteurs.

Contrairement à la précédente, la méthode *Pampalon* se situe dans une logique claire visant à établir la relation spécifique d'indicateurs de santé avec des besoins de services. De plus, les indicateurs choisis reposent sur des consensus déjà établis au niveau de la recherche dans le domaine des services de santé et des services sociaux.

Toutefois, le groupe de travail reconnaît que cette méthode a ses limites. La méthode anglaise de York qui a inspiré celle-ci a été l'objet de nombreuses critiques. Lorsque la méthode est simple et qu'elle repose sur un nombre restreint de prédicteurs, deux ou trois variables, par exemple, elle demeure compréhensible et facile d'application. À mesure que l'on veut en augmenter la potentiel prédictif, que l'on ajoute des variables et que l'on procède à des normalisations et des ajustements, la méthode se complexifie et devient plus compliquée. En outre, l'amélioration de son pouvoir de prédiction augmente de façon très marginale à chaque variable supplémentaire qu'on introduit dans le modèle.

Le groupe de travail est d'avis qu'en même temps qu'on doive continuer à raffiner la méthode, il faut appliquer un outil simple et crédible. Il apparaît de plus qu'un outil, quelque sophistiqué qu'il soit, ne remplacera jamais la prise de décision et le jugement éclairé, et qu'il demeurera un guide et un support à la décision plutôt que de s'y substituer. Cette constatation s'applique pertinemment à tout ce qui entoure actuellement la discussion sur l'utilité et l'utilisation des données probantes (evidence-based practices).

Aussi, le groupe croit-il fermement que la méthode proposée, tant dans son état actuel que dans son développement à venir, devrait être utilisée avec discernement comme un élément parmi d'autres pour allouer les budgets aux régions. Certaines variables de nature organisationnelles qui sont davantage qualitatives doivent demeurer centrales à la prise de décision.

Ainsi, l'allocation des ressources aux régions doit prendre la performance et l'efficacité en considération et, dans une perspective de gestion orientée vers l'atteinte des résultats, doit récompenser les régions en fonction du degré de réalisation de ces critères. En d'autres termes, l'allocation des ressources doit aussi comprendre des mesures incitatives pour atteindre des objectifs de gestion efficace du système.

Le groupe suggère notamment d'utiliser la méthode *Pampalon* pour établir des budgets hypothétiques (*Shadow budget*) qui pourraient servir de base de comparaison entre les régions, compte tenu des hypothèses sous-jacentes à la méthode employée. Ces budgets pourraient être également utilisés dans une perspective de comparaison entre les régions (*bench marking*). Enfin, le groupe ne croit pas que, pour le moment, cette méthode doive être utilisée pour réallouer l'ensemble des budgets aux régions, mais qu'elle devrait plutôt continuer d'être utilisée à la marge soit pour imposer des coupes budgétaires, soit pour accorder de nouvelles enveloppes aux régions.

Recommandations

Les recommandations du groupe de travail sont contenues dans ce qui précède. Elles sont reformulées de façon formelle et explicite dans ce qui suit .

Le groupe de travail recommande :

1. que la méthode *Pampalon* soit adoptée par le Ministère plutôt que la méthode *Côté* dans l'allocation des budgets par le ministère de la Santé et des Services sociaux aux régions sociosanitaires;
2. que la poursuite des travaux de l'équipe *Pampalon* soit encouragée et supportée financièrement par le Ministère;
3. que l'utilisation de la méthode *Pampalon* soit limitée pour le moment à sa première version comprenant les indicateurs tels la taille de la population, la structure d'âge (et de sexe), et qu'elle soit appliquée à la répartition à la marge des compressions budgétaires ou des développements budgétaires;
4. que l'application de cette méthode soit progressive et qu'elle serve d'abord à la surveillance et à l'établissement de budgets hypothétiques (*shadow budget*) afin de faciliter l'évaluation comparative des régions (*bench marking*);
5. que les données issues de cette méthode servent de soutien à la prise de décision relative à l'allocation des budgets aux régions, qu'elles ne remplacent pas cette prise de décision, mais que celle-ci intègre d'autres dimensions importantes, notamment les dimensions organisationnelles qui sont de nature plus qualitative.

ANNEXE 4

L'avis scientifique du FRSQ sur deux méthodes d'allocation passe-t-il la rampe? (chemise #34)