

# **LE RÔLE DU GOUVERNEMENT RÉGIONAL DANS LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ**

---

Collaboration entre l'administration régionale et la  
collectivité pour un meilleur état de santé

**Groupe de travail sur le rôle de l'administration régionale  
dans les soins de santé**

Conseillers Madeleine Meilleur et Alex Munter

mai 1999

---

# LE RÔLE DU GOUVERNEMENT RÉGIONAL DANS LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ

## SURVOL

Le système de soins de santé d'Ottawa-Carleton connaît des changements spectaculaires. Après des années d'étude, nous sommes sur le point d'assister à des transformations radicales dans le secteur des hôpitaux de soins actifs, à des fermetures d'hôpitaux et, nous l'espérons, à des réinvestissements dans le secteur de la santé non hospitalier (soins de longue durée, soins à domicile et services de santé communautaires). Au cours de l'année écoulée, cette incertitude s'est accentuée au lieu de diminuer car, petit à petit, le plan exposé par la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario a été modifié et la commission elle-même, dissoute.

Chaque hôpital entreprend des changements, chaque élément du système concentre attentivement ses efforts sur sa pièce du casse-tête et des groupes de consommateurs défendent les services qui les préoccupent le plus. Cependant, qui s'occupe du tableau d'ensemble dans la collectivité?

L'année dernière, le président régional Bob Chiarelli a chargé des membres du Conseil de produire des rapports sur diverses grandes questions auxquelles fait face la collectivité. Les conseillers Madeleine Meilleur et Alex Munter, qui s'intéressent tous deux aux questions de santé communautaire, ont été désignés par le président comme Groupe de travail sur la santé et chargés de préparer un rapport sur le rôle que la MROC devrait jouer pour préconiser un meilleur système dans ce domaine.

L'administration régionale, qui représente toute la population d'Ottawa-Carleton, doit jouer un rôle de chef de file pour assurer que le système de soins de santé répond aux besoins changeants de la population dans le domaine de la santé et que la transformation qui s'annonce donnera des résultats.

La MROC est aussi chargée de dispenser des services de soins de longue durée (par l'entremise des foyers publics pour les personnes âgées), de nombreux services de santé (notamment immunisation, cliniques de santé sexuelle, services aux personnes âgées, soins des nouveau-nés), de nombreux services sociaux liés à la santé (soins

dentaires aux personnes à faible revenu, appareils d'aide médicaux, coûts catastrophiques des médicaments et autres services) et se charge d'assurer un service d'ambulance terrestre. Depuis 1973, les conseillers régionaux sont membres du Conseil régional de santé et, au cours de la dernière décennie, la Région a accordé des subventions d'investissement de près de 60 millions \$ aux services de santé, principalement aux hôpitaux.

Les conseillers Munter et Meilleur ont publié en juin 1998 un document de travail intitulé *Garder Ottawa-Carleton en bonne santé*. Ce document examine certaines questions actuelles dans le domaine de la santé, propose quelques idées et présente deux questions, pour discussion :

- La Région devrait-elle nommer au Service de la santé d'Ottawa-Carleton un défenseur de la santé communautaire dont le rôle serait de suivre l'état des soins de santé, d'identifier les lacunes dans les services et de travailler avec la communauté et les organismes de santé pour améliorer les soins?
- Devrait-il y avoir un comité de dirigeants régionaux élus qui participerait aux décisions stratégiques et budgétaires concernant les soins de santé?

En automne, le Conseil régional a demandé aux conseillers Munter et Meilleur de faire le point sur l'état du Fonds d'investissement pour établissements de santé et de faire des recommandations sur la meilleure manière d'utiliser ce fonds pour répondre aux besoins actuels de la collectivité.

## RÉPONSE DU PUBLIC

Près de 200 personnes et organismes ont pris part à ce processus de consultation publique. Elles ont présenté des exposés, envoyé des lettres et des messages électroniques, rencontré l'un des conseillers ou les deux, ou assisté à des séances de consultation publique (comptes rendus ci-joints). Les documents écrits seront fournis sur demande.

Les participants aux consultations étaient généralement d'accord sur les points suivants :

- La population a confiance dans la qualité des établissements et organismes de santé locaux et dans leur personnel hautement qualifié. En revanche, elle est préoccupée par le rythme du changement dans le système de santé d'Ottawa-Carleton.
- Il n'y a pas eu d'investissement dans les services de santé communautaires (soins à domicile, soins de longue durée,

services de santé mentale) pour combler les lacunes créées par les coupures dans les hôpitaux.

- Les patients ne savent pas où aller pour obtenir les services dont ils ont besoin, ni où se procurer les renseignements et à qui s'adresser s'ils ont des questions ou des problèmes.
- Le système est actuellement un non-système, mal coordonné, dans lequel chaque organisme tente de prendre les meilleures décisions dans son champ de responsabilités, sans toujours être conscient des conséquences que ces décisions ont sur les autres.
- L'administration régionale a un rôle important à jouer tant dans la prestation des services que dans la planification des soins de santé et l'établissement des politiques dans ce secteur.
- Le principe que le Service de la santé devrait être le défenseur de la bonne prestation des soins de santé a été largement appuyé.

Les points suivants ont fait l'objet de grands désaccords au cours des consultations :

- Tout en reconnaissant que le système actuel est mal coordonné ou mal intégré, les participants ne s'entendaient pas sur la façon de remédier à ce problème.
- Aucune entente sur la proposition que le Conseil régional prenne le rôle d'autorité régionale en matière de santé, établissant les budgets pour les hôpitaux dans les limites d'une enveloppe déterminée par la province. Certains pensaient que cela augmenterait la responsabilité financière et le contrôle local; d'autres estimaient que le Conseil n'avait pas l'expérience nécessaire pour traiter de telles questions et qu'il risque de devenir trop politisé. Les hôpitaux et les organismes de santé ont réagi d'une manière particulièrement négative à cette idée.
- Beaucoup de participants jugeaient que de confier la prise de décisions concernant les budgets de la santé à un comité de conseillers régionaux élus pourrait conduire à l'abandon des problèmes des minorités et à une politisation excessive des problèmes.
- Certains, principalement les organismes, se demandent si le fait de confier aux organes locaux la responsabilité des décisions relatives au financement des soins de santé pourrait avoir pour conséquence que le gouvernement provincial réduirait ses engagements financiers à l'égard des services de santé.

## RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

- 1) **QUE** le président régional tienne un sommet annuel sur l'état des soins de santé dans Ottawa-Carleton, avec les principaux intervenants et le grand public pour donner à ce dernier l'occasion d'exprimer ses préoccupations et pour que les institutions puissent répondre.
- 2) **QUE** le mandat du Service de la santé d'Ottawa-Carleton soit modifié pour comprendre la défense d'un système de prestation des soins de santé accessible et de qualité; **ET QUE** les fonctions de l'un des médecins-hygiénistes adjoints d'Ottawa-Carleton soient révisées de sorte à y inclure le rôle de défenseur d'un bon système de prestation des soins de santé.
- 3) **QUE** le Conseil régional appuie la création d'un poste d'ombudsman indépendant à qui les patients, leurs familles et les résidents pourront présenter leurs plaintes et qui pourra faire des enquêtes indépendantes; **ET QU'une** telle fonction soit indépendante de la Région, des hôpitaux et autres établissements de santé, par exemple en étendant les pouvoirs de l'ombudsman de l'Ontario aux services de santé ou en attachant ce poste à un autre organisme indépendant.
- 4) **QUE** la Région se penche sur l'établissement, pour Ottawa-Carleton, d'une ligne d'information sur la santé accessible en tout temps et que des fonds soient affectés pour réunir les partenaires communautaires en vue de préparer une proposition détaillée concernant cette ligne; **ET QUE** la contribution de la Région à l'exploitation d'une telle ligne en tant que projet-pilote provienne des ressources existantes consacrées à des fonctions analogues, des fonds de réserve pour la santé (voir la recommandation 5) et du budget provincial ou fédéral en matière de santé.
- 5) **QUE** conformément aux lois provinciales en vigueur interdisant l'utilisation des redevances d'aménagement pour les hôpitaux publics, le solde de 3,8 millions \$ qui reste dans le Fonds de réserve des redevances régionales d'aménagement soit réservé pour les services de santé communautaires non hospitaliers, avec priorité aux projets qui permettront de réduire la pression exercée sur le système hospitalier; **QUE** ce rapport du groupe de travail soit envoyé, pour examen, au Service régional des finances, que celui-ci adresse ses commentaires aux services corporatifs et au comité du développement économique le 15 juin 1999 sur la possibilité d'ajouter un élément connexe au règlement régional concernant les redevances d'aménagement sur les besoins communautaires en matière de santé, **ET QUE** le Service régional des finances soit chargé de préparer un rapport sur la faisabilité de l'exemption des hôpitaux, des établissements

de soin à longue durée et des autres institutions de santé à but non lucratif du paiement des redevances d'aménagement en cas de nouvelle construction ou d'expansion

- 6) QUE** le Conseil régional réitère la position qu'il a prise en 1996, affirmant qu'il était prêt à prendre en charge les fonctions de planification et de coordination de la santé qu'assume le Conseil régional de santé afin d'accroître la responsabilisation et la transparence dans le système des soins de santé; **ET QUE** le Conseil demande au gouvernement provincial d'examiner les options permettant d'augmenter le niveau de pouvoir réel en matière de prise de décision sur les soins de santé à l'échelle locale en examinant le modèle des autorités régionales de la santé en vigueur ailleurs au Canada.

## **RECOMMANDATIONS**

**1. QUE le président régional tienne un sommet annuel sur l'état des soins de santé dans Ottawa-Carleton, avec les principaux intervenants et le grand public pour donner à ce dernier l'occasion d'exprimer ses préoccupations et pour que les institutions puissent répondre.**

La plupart des participants étaient heureux d'avoir l'occasion de parler des soins de santé. Ils ont souligné que les citoyens avaient rarement une telle occasion et que grâce aux discussions, ils avaient pu apprendre le fonctionnement du système et exprimer leur opinion.

À titre de seul représentant élu de tous les citoyens d'Ottawa-Carleton, le président régional a un pouvoir unique de convocation et la capacité de réunir les intervenants. Il s'est servi de ce pouvoir par le passé pour réunir les intervenants de différents domaines, du développement économique aux services pour les jeunes.

Un sommet annuel réunissant les représentants des hôpitaux, des services de santé, de la santé publique et autres, offrirait une occasion unique d'échanger les opinions et de cerner les inquiétudes du public. Dans une certaine mesure, ce sommet permettrait de calmer certaines des inquiétudes du public sur l'accessibilité et la responsabilisation.

On propose que le consensus sur ce sommet soit présenté au ministère de la Santé, aux hôpitaux locaux et aux autres établissements de santé, afin qu'ils prennent les mesures qui s'imposent

**2. QUE le mandat du Service de la santé d'Ottawa-Carleton soit modifié pour comprendre la défense d'un système de prestation des soins de santé accessible et de qualité;**

**ET QUE les fonctions de l'un des médecins-hygiénistes adjoints d'Ottawa-Carleton soient révisées de sorte à y inclure le rôle de défenseur d'un bon système de prestation des soins de santé.**

On convient généralement qu'il s'agit là d'un rôle important du ministère de la Santé en matière de contrôle des changements au système de santé. Cela est déjà fait, mais uniquement de façon ponctuelle. Au cours de la dernière année, par exemple, le ministère de la Santé a publié des rapports sur le congé rapide des mères et

des nouveaux-nés et sur les répercussions des mesures de réforme de la santé.

La santé publique est en constante évolution et a toujours eu un rôle de défenseur. Il y a 100 ans, les services de santé publique devaient exercer des pressions pour obtenir de l'eau potable sûre et en recommander la consommation pour prévenir les poussées de choléra. Il y a 50 ans, les décharges municipales relevaient de la compétence du directeur de la santé et il y a 30 ans, les services de santé publique ont commencé à s'occuper de planification familiale et d'éducation sexuelle et ce, avant même que la contraception devienne légale.

Beaucoup de recherche ont été faites depuis quelques années sur ce qui garde les gens en bonne santé. Ces «déterminants de la santé», comme on les appelle, sont considérés comme des éléments essentiels : logement, revenus et éducation suffisants. Un service accessible de soins de santé de qualité est rarement défini comme facteur déterminant de la santé, ce qui est intéressant. L'absence de certains services de santé a toutefois une incidence claire sur l'état de santé de beaucoup de résidents.

Dans ce document de discussion, on recommande la création d'un poste de défenseur de la santé communautaire au sein du Service de la santé d'Ottawa-Carleton. Ce rapport final modifie cette proposition initiale en attribuant ce rôle à un médecin-hygiéniste adjoint et en donnant à cette personne les ressources nécessaires pour assumer les fonctions suivantes :

- Appuyer les efforts déployés par la collectivité pour améliorer la santé dans Ottawa-Carleton.
- Présenter au Conseil un rapport annuel sur l'état d'un élément particulier du système de soins de santé de la région, sur les lacunes des services et sur les problèmes auxquels il faut s'attaquer. Par exemple, le médecin-hygiéniste adjoint pourrait examiner la pertinence des interventions d'urgence une année et les politiques en matière de congé l'année suivante.
- Effectuer des recherches et des analyses continues sur la santé publique.
- Participer à des activités de consultation et d'intervention avec d'autres organismes et des services gouvernementaux au sujet de changements dans le système de santé.

**3. QUE le Conseil régional appuie la création d'un poste d'ombudsman indépendant, à qui les patients, leurs familles et les résidents pourront présenter leurs plaintes et qui pourra faire des enquêtes indépendantes;**

**ET QU'une telle fonction soit indépendante de la Région, des hôpitaux et autres établissements de santé, par exemple en étendant les pouvoirs de l'ombudsman de l'Ontario aux services de santé ou en rattachant ce poste à un autre organisme indépendant.**

Un des points fréquemment soulevés par les participants au cours des consultations était la nécessité d'avoir une personne à qui s'adresser en cas de problème d'accès aux services ou d'inquiétudes concernant les traitements.

En raison de la grande quantité de conseils d'administration, de conseils et d'organismes de santé, les gens ne savent plus à qui s'adresser. S'il est possible grâce à un processus déjà établi de porter plainte contre un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé, les établissements au sein desquelles travaillent ces professionnels ne sont pas tenus de rendre de tels comptes.

Dans son rapport de 1997-1998, l'ombudsman de l'Ontario soulignait qu'en cette période de grande transformation du système de santé et du système hospitalier de l'Ontario, le fait d'offrir un dernier recours, par un bureau distinct ou par le bureau de l'ombudsman Ontario, aux personnes qui ne sont pas satisfaites du traitement de leurs plaintes par les hôpitaux, assure une responsabilisation adéquate et permet de gagner la confiance du public.

À l'heure actuelle, l'ombudsman ne peut que traiter les plaintes liées à un service directement offert par le gouvernement de l'Ontario. Les organismes sans lien de dépendance qui sont entièrement financés par le gouvernement, comme les hôpitaux ou les soins à domicile, sont hors de sa portée.

Une façon simple de régler le problème serait d'élargir les pouvoirs d'Ombudsman Ontario pour y inclure les hôpitaux. Une autre serait de demander aux hôpitaux de financer ce poste, mais de le faire administrer séparément. Il existe plusieurs autres options, mais en définitive, la province doit établir des mesures claires de responsabilisation et de transparence. Cela est particulièrement important au moment où le système subit des bouleversements et où les gens craignent de ne plus avoir accès aux services dont ils ont besoin.

**4. QUE la Région se penche sur l'établissement, pour Ottawa-Carleton, d'une ligne d'information sur la santé accessible en tout temps et que des fonds soient affectés pour réunir les partenaires communautaires pour la préparation d'une proposition détaillée concernant cette ligne; ET QUE la contribution de la Région à l'exploitation d'une telle ligne en tant que projet-pilote provienne des ressources existantes consacrées à des fonctions analogues, des fonds de réserve de la santé (voir la recommandation 5) et du budget provincial ou fédéral en matière de santé.**

De l'autre côté de la rivière, en Outaouais, une ligne téléphonique 24 heures connaît un immense succès et permet aux gens de rester en santé tout en réduisant le recours au système de prestation de soins de santé.

Une des premières du genre au Québec, la ligne téléphonique a vu le jour en 1986 et a connu un tel succès que le ministère de la Santé du Québec a demandé que de telles lignes 24/7 soient établies partout dans la province. En 1995, une étude menée par le gouvernement du Québec a révélé que chez les utilisateurs du service, 52 % se seraient rendus à l'urgence et 21 % chez le médecin s'ils n'avaient pas eu accès à la ligne téléphonique. L'étude concluait que de telles lignes étaient extrêmement précieuses pour réduire la pression subie par le système de soins de santé actifs.

En Outaouais, 12 infirmières (équivalent plein temps) assurent le fonctionnement de la ligne dont le budget s'élève à 850 000 \$. On y enregistre plus de 64 000 appels par année. Elle comporte aussi un système d'aiguillage professionnel et technique qui a été acheté et mis en service dans la région de Cornwall.

Nous avons déjà dans la région d'Ottawa-Carleton les bases d'un tel service. Le Service de la santé d'Ottawa-Carleton a déjà une ligne d'information qui traite quelque 65 000 appels par an. Le coût de ce service est tiré du budget du Service de la santé. La ligne d'information de l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario traite quelque 34 000 appels par année à un coût de 200 000 \$. Le Centre d'accès aux soins communautaires et l'Hôpital d'Ottawa traitent aussi un nombre élevé d'appels et financent ce service à partir de leurs budgets. Il existe aussi une ligne d'information sur les poisons dont le mandat et le financement sont distincts. Ces organismes ont déjà discuté de la nécessité de coordonner leurs efforts.

Dans cette recommandation, nous proposons de travailler avec ces organismes afin d'installer dans la région d'Ottawa-Carleton ce service permanent basé sur le modèle adopté en Outaouais. Il faudra pour cela collaborer, mettre en commun les ressources existantes et peut-être puiser dans le nouveau Fonds pour

établissements de santé pour financer un projet pilote. Ainsi, les institutions locales et le ministère de la Santé pourront évaluer dans quelle mesure la ligne réduit la demande pour les services assurés par la Protection-santé de l'Ontario, comme les visites aux hôpitaux et aux médecins. Une telle ligne serait un outil efficace de santé publique et permettrait de donner aux citoyens les renseignements dont ils ont besoin pour se maintenir en bonne santé.

**5. QUE conformément aux lois provinciales en vigueur interdisant l'utilisation des redevances d'aménagement pour les hôpitaux publics, le solde de 3,8 millions \$ qui reste dans le Fonds de réserve des redevances régionales d'aménagement soit réservé pour les services de santé communautaires non hospitaliers, avec priorité aux projets qui permettront de réduire la pression exercée sur le système hospitalier;**

**QUE ce rapport du groupe de travail soit envoyé, pour examen, au Service régional des finances, que celui-ci adresse ses commentaires aux services corporatifs et au comité du développement économique le 15 juin 1999 sur la possibilité d'ajouter un élément connexe au règlement régional concernant les redevances d'aménagement sur les besoins communautaires en matière de santé,**

**ET QUE le Service régional des finances soit chargé de préparer un rapport sur la faisabilité de l'exemption des hôpitaux, des établissements de soin à longue durée et des autres institutions de santé à but non lucratif du paiement des redevances d'aménagement en cas de nouvelle construction ou d'expansion**

En 1981, l'administration régionale s'est dotée d'un Fonds pour établissements de santé, alimenté jusqu'à 1990 à partir des impôts fonciers, mais auquel on n'a plus contribué depuis. Depuis 1991, le Fonds de réserve des redevances régionales d'aménagement (RRA) pour les hôpitaux régionaux est financé par les redevances d'aménagement payées par les promoteurs lorsqu'ils acquièrent des permis de construction. Le Fonds pour établissements de santé, dont le mandat était général, ne contient plus de 400 000 \$ qui ne sont pas engagés et baisse rapidement. Le Fonds RRA contient 3,8 millions de dollars non engagés. Depuis leur création, ces fonds ont distribué près de 60 millions de dollars.

Le gouvernement provincial a récemment changé les règles concernant les redevances d'aménagement, interdisant leur collecte ou leur distribution pour les hôpitaux publics, même si elles peuvent toujours être utilisées pour les services communautaires de santé. Cela signifie que les 3,8 millions que contient le Fonds RRA doivent

être utilisés à d'autres fins. Le Service des finances a souligné qu'il aimerait procéder de la façon suivante : une fois le nouveau règlement sur les redevances d'aménagement adopté par le Conseil en juillet, les argents restant dans le Fonds de réserve pourraient être transférés à un nouveau fonds de réserve (tel que prévu par la Loi). Ce fonds pourrait être utilisé pour financer des projets liés à la croissance des hôpitaux et des établissements de santé. Cela serait conforme au règlement actuel (1994) qui stipule que les fonds d'investissements visant à répondre aux besoins de la population croissante ne peuvent être utilisés pour financer de nouveaux lits, ils peuvent servir à combler d'autres besoins, notamment dans les installations communautaires de santé.

Il est clair qu'un des problèmes les plus graves auxquels fait face le système de santé est qu'il y a eu trop peu d'investissement dans les soins de santé hors des hôpitaux. Le nombre d'hôpitaux a été réduit et les budgets coupés. Les services comme les soins à domicile, la santé publique, les soins à long terme, les services ambulanciers, la santé mentale communautaire et les hospices n'ont toutefois pas connu d'augmentation correspondante de leur financement. Une grande partie de la pression subie par les hôpitaux de soins actifs pourrait être soulagée si ces services non hospitaliers obtenaient un financement adéquat afin de prendre une plus grande part des responsabilités.

Ces 3,8 millions pourront servir à combler certains des besoins du secteur communautaire de la santé provoqués par la croissance de la population. Il pourrait s'agir de payer les immobilisations de la nouvelle ligne santé 24 heures, d'ouvrir de nouveaux lits de soins longue durée, ou de nouveaux hospices, de financer des installations communautaires de santé mentale ou d'autres services. Les propositions devront être jugées en fonction de la réduction de la demande des services des médecins et des hôpitaux qu'elles généreront.

Au cours de la dernière décennie, près de 90 % des fonds ont été consacrés aux hôpitaux de soins actifs. Il est temps d'investir ces montants dans des projets favorisant le secteur de la santé communautaire afin qu'il puisse réduire la pression subie par le secteur hospitalier.

Il sera toutefois impossible d'éliminer complètement les besoins. Comme une population croissante a besoin de plus de routes, d'égouts et d'autres infrastructures, ses besoins en matière d'établissements de santé non hospitaliers croissent. Le Fonds pourrait permettre à la Région de payer certaines de ses dépenses en matière de santé publique, de services ambulanciers et de résidences pour personnes âgées. La Région pourrait aussi répondre au besoin croissant pour un service généré et exploité par des organismes communautaires. Le Fonds a par exemple accordé des subventions au Hillel Lodge et à la Villa Marconi. Le rapport

recommande que le Service régional des finances fasse rapport au Comité des services organisationnels et du développement économique le 15 juin 1999 sur les possibilités de conserver un Fonds RRA relié à la santé.

Le Service des finances nous a souligné que dans le rapport qu'ils présentera en juin au Comité et au Conseil, il pourrait inclure une section portant sur le besoin général d'un plus grand nombre d'établissements de santé dans la région d'Ottawa-Carleton, mais qu'il ne pourrait pas cerner les projets précis puisque la restructuration des services de santé n'est pas terminée. Au cours des prochains mois, le Service des finances devra examiner les besoins afin de préparer un rapport au Comité présentant les besoins et les projets précis pour les 10 prochaines années (période fixée par la loi sur les redevances d'aménagement) et les calculs des RRA. Si le taux de RRA pour les établissements de santé est adopté par le Conseil, les revenus tirés des redevances d'aménagement seront versés dans un nouveau Fonds de réserve RRA pour les établissements de santé.

**6. QUE le Conseil régional réitère la position qu'il a prise en 1996 affirmant qu'il était prêt à prendre en charge les fonctions de planification et de coordination de la santé qu'assume le Conseil régional de santé afin d'accroître la responsabilisation et la transparence dans le système des soins de santé;**

**ET QUE le Conseil demande au gouvernement provincial d'examiner les options permettant d'augmenter le niveau de pouvoir réel en matière de prise de décision sur les soins de santé à l'échelle locale en examinant le modèle des autorités régionales de la santé en vigueur ailleurs au Canada.**

À la fin de 1996, le Conseil de la Municipalité régionale d'Ottawa-Carleton a offert de jouer un rôle plus important au sujet de la politique et de la planification des soins de santé. Les membres du Conseil ont voté en faveur d'une proposition prévoyant que la MROC ferait fonction de conseiller, rôle que jouait jusqu'à récemment le Conseil régional de santé. La proposition prévoyait que le rôle évoluerait avec le temps vers une régie plus directe des questions de soins de santé et remplacerait les conseils actuels des hôpitaux. Elle prévoyait de plus que la province fournirait à la Région les montants prévus pour la planification en matière de santé, plutôt qu'au Conseil régional de la santé. Malheureusement, le ministre de la Santé n'a jamais répondu à la proposition.

Le modèle d'administrations élues de la santé est utilisé à beaucoup d'autres endroits : en Alberta, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, notamment. À Victoria, par exemple, l'administration régionale du district de la capitale --chargée d'un vaste éventail de

services municipaux dans toute la région -- se charge aussi de la planification et de la coordination des services de santé.

À l'échelon local, il a été question de divers modèles d'administration de la santé. Par exemple, le D<sup>r</sup> Wilbert Keon a recommandé qu'une seule entité coordonne tous les services de santé. Un sondage réalisé en mai 1996 a démontré que 73 % de la population d'Ottawa-Carleton est d'avis qu'une administration commune qui s'occuperait de tous les hôpitaux serait une idée bonne, très bonne ou excellente. La consultation publique réalisée au cours de la restructuration du Conseil régional de santé a produit de nombreuses demandes de coordination régionale dans des domaines aussi variés que la santé des enfants et de la famille, les soins palliatifs, les services de soutien hospitalier, les soins à domicile, la réadaptation, la planification de la libération et les services d'urgence.

Les municipalités régionales ont une infrastructure complète, qui comprend des ressources et des compétences spécialisées en planification, communication et participation publique. Étant donné la composition de leur conseil et les compétences spécialisées de leur effectif, les municipalités régionales ont changé leurs méthodes de planification et d'administration.

Si l'on veut faire l'essai de concepts comme la répartition des ressources, l'essai doit se faire dans une structure très redditionnelle. Les conseillers régionaux sont élus et doivent donc rendre des comptes et représenter la population. On pourrait établir un protocole d'entente spécial pour les projets pilotes afin d'assurer l'observation du cadre stratégique de leur province.

Les consultations effectuées pour la préparation de ce rapport ont révélé que la question de la gouvernance des soins de santé était très importante pour le public. Ainsi, les consultations du groupe de travail portaient souvent sur les méthodes d'embauche et de congédiement du personnel supérieur par les hôpitaux. S'il s'agit là d'une question importante, ce n'est rien à côté des questions de croissance du système et de sa souplesse à s'adapter aux changements et du regain de la confiance de la communauté.

Le modèle d'administration de la santé fonctionne dans les autres provinces. Il faut atteindre un équilibre entre une attribution adéquate des pouvoirs afin que les communautés puissent établir leurs priorités et un certain contrôle afin de ne pas créer un système de santé à plusieurs niveaux.

Ottawa-Carleton ne semble pas prête à adopter un tel modèle. Les établissements n'y sont pas favorables et le public est partagé. Il est toutefois clair que les hôpitaux, traditionnellement au haut de la pyramide de prestation de soins de santé, doivent changer leur façon de faire.

Comme les hôpitaux ont chacun leur conseil, il est difficile aussi de déplacer des services entre les hôpitaux et, ce qui est encore en plus important, des hôpitaux au secteur de la santé communautaire comme les foyers de soins ou les soins à domicile.

Le fait de placer les fonctions de planification et de coordination de la santé à l'échelle de l'administration régionale est la première étape du processus visant à accroître la responsabilisation. Le Conseil régional de santé, qui couvre un territoire allant de Cornwall jusqu'au Parc Algonquin, qui tente d'accomplir des mandats conflictuels, soit conseiller le ministre de la santé et représenter la communauté, peut maintenant mettre en oeuvre ses décisions et est choisi par le parti politique au pouvoir. Cette structure ne fonctionne pas et doit être remplacée.

Le fait de confier ces responsabilités au Conseil régional est aussi la première étape de la création d'un système où les décisions sur la prestation des services et l'établissement des budgets sont prises localement et publiquement avec reddition de comptes.

Une fois qu'on aura pu évaluer le modèle, on pourra déterminer quelles mesures doivent être prises pour améliorer la coordination et la reddition de comptes.