

ANNEXE 9
RÉALISATIONS MINISTÉRIELLES
EN LIEN AVEC LES STRATÉGIES

La Politique met de l'avant six grandes stratégies dont quatre sont en grande partie inspirées des principaux groupes de déterminants de la santé et du bien-être, lesquels peuvent être reliés à une diversité de problèmes. À celles-ci s'ajoutent une stratégie visant à intensifier l'action auprès des groupes vulnérables qui cumulent les problèmes et qui présentent plusieurs facteurs de risque, et une autre qui propose une approche intersectorielle afin d'agir sur tous ces déterminants. La liste des différents sous-thèmes développés dans ces stratégies est présentée à l'annexe 1.

Nous présentons ci-après un aperçu des réalisations se rapportant à un certain nombre d'engagements ministériels reliés à ces stratégies et qui ne figuraient pas parmi les actions structurantes ciblées dans le Plan de mise en œuvre de la Politique et décrites au chapitre 4.

1^{re} stratégie : Favoriser le renforcement du potentiel des personnes

Cette stratégie s'intéresse aux déterminants biologiques ainsi qu'aux habitudes de vie et aux comportements reliés à la santé et au bien-être. Dix-sept engagements ministériels y sont rattachés, parmi lesquels six ont été retenus pour compléter la collecte de données centrée sur les objectifs prioritaires. Ces engagements concernent les facteurs biologiques, et en particulier la génétique, ainsi que les habitudes de vie.

Bien que des interventions précises n'aient pas encore été menées à terme dans le dossier de la *génétique*, cette dernière a été placée au rang des priorités du Ministère depuis 1999-2000, en collaboration avec l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS).

Des interventions significatives sont à signaler concernant la *lutte au tabagisme*, notamment le Plan d'action de lutte au tabagisme 1994-1997, la Loi sur le tabac et le Plan québécois de lutte au tabagisme 2001-2003. On note aussi les mesures assurant l'accès à des approches pharmacologiques pour la cessation du tabagisme (comprimés, timbres cutanés, etc.), qui ont été incluses au régime général d'assurance médicaments. Des investissements totalisant près de 60 M\$ sont rapportés en lien avec ces différentes mesures.

La collaboration déjà établie avec Kino-Québec pour promouvoir *l'activité physique* s'est maintenue, accompagnée d'investissements rehaussés totalisant 1,7 M\$ de 1993 à 2001. À cela s'ajoutent quatre campagnes de communication portant sur la promotion de l'activité physique.

2^e STRATÉGIE : SOUTENIR LES MILIEUX DE VIE ET DÉVELOPPER DES ENVIRONNEMENTS SAINS ET SÉCURITAIRES

La deuxième stratégie traite des déterminants sociaux associés aux milieux de vie (milieu familial, milieu scolaire, milieu de travail), à l'environnement social et à l'environnement physique. Parmi les 19 engagements qui s'y rattachent, 11 ont été retenus en complément à l'information présentée au chapitre 4.

Les initiatives de soutien aux *milieux familial et scolaire* ont été traitées en lien avec les objectifs que la Politique propose concernant l'adaptation sociale et l'intégration sociale.

En matière de *santé au travail*, dix programmes d'intervention intégrés provinciaux ont été élaborés sur des problèmes tels que la silicose, l'amiantose ou la surdité professionnelle; depuis 1995, un cadre général de fonctionnement permet également de mieux encadrer les collaborations entre le Ministère, la Commission de la santé et de la sécurité du travail et leur réseau respectif.

Sur le plan de *l'environnement social*, parmi diverses mesures destinées à favoriser une plus grande équité dans les rapports sociaux entre les hommes et les femmes, le Ministère a notamment collaboré aux travaux interministériels sur la prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes (VIRAJ) et réalisé plusieurs campagnes publiques telles que « Le Québec dit non à la violence », pour laquelle 3,1 M\$ ont été accordés entre 1996 et 2001. Il a aussi donné son appui à une nouvelle campagne sur les agressions sexuelles qui s'est amorcée en 2001.

Du côté des interventions se rapportant à *l'environnement physique*, le Ministère a collaboré à des études et à des campagnes d'information concernant les risques liés aux pesticides ainsi qu'à la mise en œuvre du programme Saint-Laurent Vision 2000 en collaboration avec Santé Canada (7,5 M\$). Par ailleurs, la gestion des déchets biomédicaux est soumise au Règlement sur les déchets biomédicaux (L.R.Q., c. Q-2, r. 3.001) administré par le ministère de l'Environnement du Québec. Un document intitulé *Guide de gestion des déchets comportant des risques en milieu socio-sanitaire*, et publié conjointement par l'Association des hôpitaux du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux, donne les règles d'organisation permettant d'assurer la sécurité de l'individu, du public et de l'environnement, et ce, à l'aide d'un plan directeur et d'outils d'intervention pratique et technique.

3^e stratégie : Améliorer les conditions de vie

Cette stratégie porte sur les conditions de vie pouvant affecter la santé et le bien-être, à savoir le revenu, la scolarisation, le logement et l'emploi. Elle comporte 11 engagements ministériels, dont plusieurs consistent à interpeller ou à appuyer d'autres ministères dans des actions relevant de leur champ de responsabilité. Un seul engagement relié à cette stratégie est commenté ici. Cet engagement se rapporte à l'emploi et concerne directement le réseau de la santé. Il vise à augmenter de 40 à 60 % la proportion d'emplois réguliers pour le personnel infirmier.

Évolution du pourcentage d'infirmières en emploi, selon le statut d'emploi, de 1992-1993 à 2001-2002

Années	Bachelières			Techniciennes			Auxiliaires		
	T.C.R.*	T.P.R.*	T.P.O.*	T.C.R.	T.P.R.	T.P.O.	T.C.R.	T.P.R.	T.P.O.
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1992-1993	59,7	21,2	19,1	31,9	36,0	24,6	37,9	38,8	23,2
1993-1994	59,3	22,0	18,7	31,5	36,4	24,4	37,7	39,4	22,9
1994-1995	58,9	21,9	19,3	32,7	37,0	24,6	37,5	40,0	22,5
1995-1996	58,3	20,9	20,8	38,5	36,9	24,6	36,9	40,0	22,8
1996-1997	56,0	21,0	23,1	37,6	37,0	25,5	36,3	39,9	23,8
1997-1998	55,1	19,1	25,8	34,3	34,2	31,5	32,6	39,1	28,3
1998-1999	59,2	19,2	21,6	36,4	34,0	29,6	33,6	39,6	26,9
1999-2000	60,6	20,4	19,0	31,4	35,0	27,0	33,3	40,0	26,7
2000-2001	57,0	23,2	19,8	34,7	36,5	23,5	32,6	40,0	27,4
2001-2002	56,2	24,9	18,8	33,5	36,8	22,0	32,8	40,9	26,3

T.C.R. (Temps complet régulier), T.P.R. (Temps partiel régulier), T.P.O. (Temps partiel occasionnel)

Source : Données fournies par la Direction de la planification de la main-d'œuvre, MSSS

D'après les données disponibles pour la période de 1992-1993 à 2001-2002, on constate que la proportion d'infirmières bachelières en emploi, à temps complet régulier, s'est maintenue entre 55 et 60 %. Par ailleurs, chez les infirmières techniciennes, qui forment le groupe le plus nombreux au sein du personnel infirmier, la proportion de postes à temps complet régulier est demeurée à peu près stable, à un peu moins de 40 %. Chez les infirmières auxiliaires, cette proportion, qui était de près de 38 % en 1992-1993, est maintenant de 33 %. Notons toutefois qu'un plan d'action, adopté en 2001 (à la suite du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière), vise à mettre en place des mesures pour améliorer les conditions d'exercice de la profession, notamment par la stabilisation des équipes de travail.

4^e stratégie : Agir pour et avec les groupes vulnérables

Le contenu de cette stratégie est axé sur l'identification de huit groupes sociaux qui semblent cumuler davantage de problèmes sociaux et de santé et réunir un plus grand nombre de facteurs de risque, à savoir :

- les jeunes de milieu défavorisé;
- les femmes âgées qui vivent seules en milieu défavorisé;
- les personnes ayant des incapacités modérées ou graves;
- les familles avec enfants qui sont aux prises avec un problème de violence;
- les familles monoparentales à faible revenu;
- les populations récemment immigrées;
- les communautés autochtones;
- les populations de certaines aires géographiques particulièrement vulnérables.

Six engagements ministériels sont rattachés à cette stratégie, dont quatre sont commentés ci-après.

L'engagement visant à « allouer les ressources de manière à intensifier l'action dans les communautés et les *territoires où sont concentrés les groupes vulnérables* » (nous soulignons) ne semble pas avoir donné lieu à des mesures précises, mais des efforts significatifs ont néanmoins été consacrés au développement des indicateurs de défavorisation applicables à des aires géographiques¹⁶⁹.

En ce qui concerne *la formation de base et la formation en cours d'emploi* au sujet des groupes vulnérables, divers projets de formation destinés au personnel du réseau ont été mis sur pied concernant l'intervention auprès de certains groupes cibles, mais il n'a pas été possible de déterminer si ces formations comportaient des éléments se rapportant spécifiquement à l'un ou l'autre des groupes vulnérables nommés plus haut.

Quant aux engagements portant sur *la recherche sur la problématique des groupes vulnérables et l'évaluation des interventions auprès de ces groupes*, les données disponibles dans la Banque sur la recherche sociale et en santé suggèrent que les investissements se sont intensifiés autour de cette thématique de façon continue, de 1992 à 1997, pour revenir ensuite progressivement au niveau initial en 2000. Au cours de cette période, on relève 312 subventions de recherche en lien avec ce thème, totalisant 9,2 M\$.

5^e stratégie : Harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être

Cette stratégie fait valoir la nécessité de mettre en œuvre des plans d'action intersectoriels pour obtenir de véritables progrès en matière de santé et de bien-être et contrer la dépendance sociale, et détermine cinq grandes priorités à cet égard, soit le renforcement du milieu familial et du milieu scolaire, le développement et le renforcement des réseaux sociaux, l'accès au travail et la réduction de la pauvreté¹⁷⁰. Elle contient quatre engagements, dont deux sont examinés ici.

Un premier engagement exprime l'intention du ministre de s'associer à ses collègues des autres ministères et organismes publics pour mettre en œuvre des *plans d'action intersectoriels sur les cinq priorités* décrites plus haut. Le Ministère a effectivement été associé à des plans d'action gouvernementaux sur certains de ces sujets, soit la Politique familiale, les plans d'action gouvernementaux pour la jeunesse et la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Un certain nombre d'autres initiatives intersectorielles en vue d'améliorer la santé et le bien-être ont aussi été mentionnées en ce qui concerne les personnes âgées et en matière de violence conjugale et familiale. Signalons également l'entente de complémentarité

169. Robert PAMPALON et Guy RAYMOND, « Indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 21, n° 3, 2002, p. 113-128. Robert PAMPALON et Guy RAYMOND, « Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être », *Santé, Société et Solidarité*, n° 1, 2003, p. 191-208.

170. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992, p. 170.

des services intervenue récemment (début 2003) entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, concernant le développement des jeunes¹⁷¹.

Il importe aussi de souligner que, selon l'article 54 de la Loi sur la santé publique (sanctionnée le 20 décembre 2001), « le ministre [de la santé et des services sociaux] est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population. »

Le second volet de cette stratégie concerne le *soutien aux dynamismes locaux et régionaux*. Les municipalités sont des partenaires importants pouvant agir sur plusieurs facteurs déterminants : qualité de l'eau, gestion des déchets, loisirs, aménagement urbain, etc. On peut souligner ici le soutien continu apporté au Réseau québécois de Villes et villages en santé (VVS), qui comptait 30 villes et villages lors de sa création en 1990 et qui en réunit aujourd'hui 140, regroupant ainsi plus de 50 % de la population québécoise. Les actions de soutien à ce réseau ont également été inscrites en 1997 parmi les Priorités nationales de santé publique. Le soutien financier du Ministère à ce réseau s'est accru, passant de 40 000 \$ en 1988 à 325 000 \$ en 2001-2002, auxquels viennent s'ajouter des ressources professionnelles dédiées à ce réseau à l'intérieur du Ministère et à l'Institut national de santé publique.

6^e stratégie : Orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses

Cette dernière stratégie est sans contredit celle qui interpelle le plus directement le Ministère dans l'exercice de ses fonctions propres. Elle couvre quatre grands thèmes, soit :

- la conception des programmes et la régionalisation des services;
- la répartition équitable des ressources;
- l'évaluation;
- l'implantation et le développement de la Politique elle-même.

Une grande partie des 34 engagements inscrits dans cette stratégie correspondent aux actions structurantes dont la mise en œuvre a été décrite dans le « Bilan des réalisations ministérielles » (chapitre 4). Onze autres engagements sont traités ici.

Parmi les engagements qui n'ont pas encore été traités, on remarque celui qui vise à « mettre en place, dans les plus brefs délais, le Centre d'expertise en prévention et en promotion de la santé et du bien-être prévu dans le cadre de la réforme ». Cet engagement s'est concrétisé en 1998 par la création de l'Institut national de santé publique. L'Institut est né d'une volonté d'améliorer la coordination, le développement et la mise à profit de l'expertise en santé publique. Il a entre autres pour mission d'informer la population sur son état de santé et de bien-être, de conseiller et de soutenir le ministre et les régies régionales et d'informer le ministre de

171. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Entente MEQ-MSSS. Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*, Québec, Ministère de l'Éducation, mars 2003, 34 p.

l'impact des politiques publiques sur l'état de santé de la population¹⁷². Sa mise en place a été effectuée à partir de réallocations budgétaires provenant du Ministère et du réseau.

On retrouve également, sous le thème de l'accessibilité des services de base, un engagement visant à « augmenter les *subventions aux organismes communautaires* selon les proportions et le rythme prévus lors de la réforme, et [à] favoriser leur participation à la prise de décision et à la concertation au sein du réseau » (nous soulignons). Le budget du Programme de soutien aux organismes communautaires a connu une croissance très importante, passant de moins de 1 M\$ pour une trentaine d'organismes, lors de sa mise en place en 1973, à 51 M\$ pour plus de 1 600 organismes en 1990-1991. Cette croissance s'est poursuivie après l'adoption de la Politique pour atteindre plus de 232 M\$ distribués à plus de 2 800 organismes en 2000-2001. En septembre 2001, le gouvernement du Québec dévoilait par ailleurs sa Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire. Les organismes communautaires occupent également 20 % des sièges au sein des conseils d'administration des régions régionales, conformément aux exigences de la Loi sur la santé et les services sociaux.

En ce qui a trait à l'évaluation, le ministre annonçait son intention d'« évaluer systématiquement, et de façon continue, la qualité et l'efficacité des interventions, des technologies et, plus largement, des services de santé et des services sociaux ». À l'échelon national, cette fonction a été assurée à la fois par le Ministère, en particulier par la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, et par le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS). Ce dernier, qui relevait du Ministère depuis sa création en 1988, a été remplacé en juin 2000 par l'AETMIS. Les avis et évaluations produits successivement par le CETS et par l'AETMIS ont principalement porté sur les technologies et les modes d'intervention du domaine de la santé. Le budget global alloué à cet organisme est passé de 0,8 M\$ en 1992-1993 à 2,1 M\$ en 2002-2003¹⁷³.

Quant à l'évaluation réalisée à l'intérieur du Ministère ou à sa demande par des équipes subventionnées, elle couvre à la fois les services sociaux et les services de santé. Depuis 1992, de nombreuses évaluations ont été réalisées, notamment dans le secteur des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, de l'alcoolisme et des toxicomanies, des MTS et du sida, de la violence conjugale et des agressions sexuelles, de la transformation du réseau en santé physique, de la santé mentale, des services aux jeunes et de la déficience intellectuelle, du recours au service téléphonique Info-Santé et des projets d'économie sociale. Une liste des titres publiés par le Ministère de 1997 à 2002 se retrouve à la fin de la présente annexe. Il est difficile d'établir précisément les budgets qui sont consacrés à cette fonction à l'intérieur du Ministère, une partie de ceux-ci étant intégrés à ceux alloués à la fonction de recherche.

En lien avec l'engagement de « réviser périodiquement la gamme des services assurés en fonction des besoins, de l'efficacité des interventions et des résultats obtenus », un groupe de réflexion a été constitué afin d'élaborer des propositions de rationalisation. Ce groupe a déposé son rapport en 1996. Par la suite, ce rapport a été soumis aux fédérations médicales et un do-

172. *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec*, L.R.Q., c. I-13.1.1, adoptée le 19 juin 1998 et entrée en vigueur le 8 octobre 1998.

173. Cette augmentation inclut cependant un montant de 0,3 M\$ transféré au CETS à partir de 1999-2000 pour lui permettre d'assumer le mandat d'évaluation des aides technologiques, mandat assuré jusque-là par le Conseil consultatif des aides technologiques.

cument synthèse a été produit par la Régie de l'assurance maladie¹⁷⁴. Au cours de l'année 2004, le dossier sera analysé dans le cadre du projet de Réingénierie des structures de l'État et des programmes gouvernementaux.

Concernant les trois engagements portant sur *le soutien à la recherche*, soit les facteurs de protection et de promotion de la santé, la situation des groupes vulnérables ainsi que la recherche évaluative et la recherche-action, les données de la Banque sur la recherche sociale et en santé suggèrent que la situation a évolué dans le sens attendu, mais de façon inégale. Ainsi, les montants investis dans des projets de *recherche évaluative* par les organismes reliés au réseau de la santé et des services sociaux ont progressé de façon continue jusqu'en 1996 et sont demeurés plutôt stables par la suite. La recherche axée sur les *facteurs de protection et de promotion* s'est surtout intensifiée entre 1994 et 1997 pour s'atténuer sensiblement par la suite. Les efforts de recherche sur la situation des *groupes vulnérables* se sont intensifiés de façon continue jusqu'en 1997 pour revenir par la suite à peine au-dessus du niveau initial. Quant aux projets de type *recherche-action*, les données de la Banque ne permettent pas de les repérer correctement ni de connaître l'évolution des montants accordés (voir tableaux détaillés à l'annexe 11).

Quatre autres engagements traitent de la *formation* visant à intégrer les objectifs, les voies d'action et les stratégies de la Politique dans les programmes de formation des futurs professionnels et gestionnaires de la santé et des services sociaux ainsi que des membres des conseils d'administration des établissements. Ils visent aussi à intégrer ces mêmes éléments dans les activités de formation rattachées aux plans régionaux d'organisation de services (PROS). Dans le développement de la formation ministérielle-réseau de 1993-1994 à 1995-1996, la première des orientations ministérielles prioritaires était de soutenir l'implantation de la Politique. Onze projets ont été élaborés en lien avec cette orientation, pour lesquels un budget totalisant 2,3 M\$ a été accordé¹⁷⁵. À partir de 1996-1997, ce budget a été transféré aux régies régionales et les informations concernant les projets de formation retenus au cours des années subséquentes ne sont pas disponibles.

En résumé, en ce qui concerne les actions entreprises par le Ministère en rapport avec les grandes stratégies de la Politique en plus de celles annoncées au Plan de mise en œuvre, on peut ajouter certaines considérations :

- Une quarantaine d'engagements ministériels se rattachaient aux deux premières stratégies, soit « Favoriser le développement du potentiel des personnes » et « Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires », lesquelles pouvaient trouver des applications directes dans le champ d'action des services sociosanitaires. En plus des interventions déjà mentionnées au chapitre 4, on peut souligner ici les efforts déployés par le Ministère en matière de lutte au tabagisme, de promotion de l'activité physique, et de promotion de rapports égalitaires entre hommes et femmes, ainsi que diverses collaborations avec d'autres partenaires en santé au travail et en santé environnementale.

174. Michel DEMERS (dir.), *Modernisation du panier des services assurés dans le cadre du régime de l'assurance maladie*, Québec, Service de l'expertise médicale, dentaire et optométrique, Direction des affaires professionnelles, Direction générale de la rémunération des professionnels, Régie de l'assurance maladie du Québec, 1^{er} octobre 1997, 213 p.

175. DIRECTION GÉNÉRALE DES RELATIONS DE TRAVAIL, *Formation ministérielle réseau-programmation 1993-94*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993, 29 p.

- La troisième stratégie, « Améliorer les conditions de vie », comportait davantage de mesures interpellant les autres ministères et organismes gouvernementaux; la réalisation de ces engagements a été peu documentée dans le cadre de ce rapport, en raison notamment de leur formulation souvent peu précise.
- La quatrième stratégie, « Agir pour et avec les groupes vulnérables », destinée à intensifier les ressources et à adapter les interventions auprès de ces groupes cumulant plusieurs problèmes et facteurs de risque, aurait pu orienter fortement l'action ministérielle, mais semble avoir été moins fructueuse à cet égard, du moins en ce qui a trait à l'allocation des ressources, à la formation du personnel du réseau et au soutien à la recherche dans ce domaine particulier.
- La cinquième stratégie, « Harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être », ne comportait que quatre engagements ministériels. Ceux-ci étaient cependant de portée très vaste, notamment celui proposant l'élaboration de plans d'action intersectoriels dans cinq domaines prioritaires. On constate que, sans en être nécessairement l'instigateur, le Ministère a été associé à des démarches intersectorielles dans certains de ces domaines, soit le milieu familial, la jeunesse et la réduction de la pauvreté.
- Plus du tiers des engagements ministériels inscrits dans la Politique se rapportaient à la sixième stratégie, « Orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses ». En plus des actions structurantes déjà traitées au chapitre 4, on peut considérer la création de l'Institut national de santé publique, l'accroissement des subventions aux organismes communautaires et le développement des activités d'évaluation des interventions, des technologies et des services socio-sanitaires comme des réalisations marquantes de cette période.

**LISTE BIBLIOGRAPHIQUE DES RAPPORTS D'ÉVALUATION
PRODUITS DURANT LES CINQ DERNIÈRES ANNÉES
AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

**MANDATS RÉALISÉS À L'INTERNE
(RELEVÉ EFFECTUÉ À L'AUTOMNE 2002)**

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Perreault, Kathy. *Pour mieux comprendre la différence : une étude sur les besoins des personnes ayant une déficience intellectuelle et sur ceux de leurs proches*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 99 p. (*)

Lamarre, Jean. *Vers une meilleure participation sociale des personnes qui présentent une déficience intellectuelle : une étude de l'implantation des orientations ministérielles de 1988 en matière de déficience intellectuelle*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 62 p. (*)

ÉCONOMIE SOCIALE

Bélanger, Jocelyne, Kathy Perreault et Lucie Bélanger. *L'évaluation de la phase de rodage du Chèque-Emploi-Service : le point de vue des principaux acteurs concernés*, Québec, Direction de la recherche et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 31 p. et annexes.

Anctil, Hervé, et Lucie Bélanger. *Rapport d'évaluation sur la place des entreprises d'aide domestique du secteur de l'économie sociale dans les services à domicile : état de situation et pistes de solution*, Québec, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 54 p. (*)

ENFANCE - JEUNESSE

Roberge, Pierre. *Enfants et adolescents signalés à la Direction de la protection de la jeunesse : les parcours de six cohortes*, Québec, Direction de la recherche et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 1998, 62 p. (*)

INDICATEURS SOCIOSANITAIRES

Brunelle, Yvon, et Alain Saucier. *Les indicateurs et le système de soins*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, février 1999, 37 p. (Collection Méthodologie et instrumentation, n° 13). (*)

Choinière, R., P. Lafontaine, M. Pageau et M. Ferland. *La mortalité au Québec – Disparités et évolution de 1975-1977 à 1993-1995*, Québec, Direction générale de la santé publique, 1997, 167 p.

Côté, Harold. *Indice de statut socio-économique*, Québec, Direction de la recherche et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 1997, 7 p.

Pampalon, Robert, et coll. *Un indicateur global de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources publiques en santé et services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, février 1997, 43 p.

Piché, Jacques, et Harold Côté. *Développement et validation d'un indicateur d'accessibilité géographique aux ressources hospitalières*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 1997, 29 p. et annexes (Collection Méthodologie et instrumentation, n° 11). (*)

Legault, Pierre (dir.). *Les indicateurs de la Politique québécoise de la santé et du bien-être. Exercice de suivi 1998*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 125 p. (*)

Pampalon, Robert, Guy Raymond, L. Caouette et L. Côté. *Révision du modèle des aires homogènes utilisé dans les enquêtes générales de Santé Québec. Cahier technique*, Montréal, Santé Québec, 1998, 35 p.

Brouard, Marie-Ève, et Sylvie Rheault. *Validité de l'indicateur québécois des dépenses de santé sur le PIB dans le contexte de la péréquation canadienne*, Québec, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000, 20 p.

Pampalon, Robert, et coll. *Un indicateur global de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources publiques en santé et services sociaux. État des travaux réalisés en 1999*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2000, 7 p.

Legault, Pierre (dir.). *Les indicateurs de la Politique québécoise de la santé et du bien-être. Exercice de suivi 2001*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 27 février 2002, 128 p. (*)

INFO-SANTÉ

Dunnigan, Lise. *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC : rapport final 1994-1999*, Québec, Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 59 p. (*)

Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation. *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC : recommandations finales du Comité de suivi pour l'amélioration et le développement futur des services*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 12 p. (*)

Dunnigan, Lise. « Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC », *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 430-433. (*)

MÉDICAMENTS

Rheault, Sylvie. *La gestion des coûts des médicaments au Québec. Évaluation des interventions gouvernementales québécoises et canadiennes. Document de support*, Québec, Direction de la recherche et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 1998, 98 p. (*)

Caron, Lise, et Marie Demers. *Évaluation des effets bénéfiques du régime d'assurance médicaments sur la santé des nouveaux adhérents*, Québec, Direction de l'analyse des programmes et des statistiques, Régie de l'assurance maladie du Québec; Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 41 p. et annexes.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 15 décembre 1999, 98 p. (*)

PÉRINATALITÉ ET PLANIFICATION DES NAISSANCES

Gravel, Nicole, Pauline Bégin-Brosseau, Sylvie Montreuil et coll. *Bilan sur les programmes de congé précoce en périnatalité au Québec (en date du 31 mars 1999)*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 110 p.

Pouliot, Michèle. *Bilan de la mise en œuvre des plans d'action en matière de planification des naissances*, Rapport de stage présenté à l'École nationale d'administration publique, Québec, École nationale d'administration publique, octobre 2001, 109 p.

PERSONNES ÂGÉES ET SERVICES À DOMICILE

Trahan, Lysette. *Les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission : une mise à jour*, Québec, Direction de la recherche et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 1997, 103 p. (Collection Études et analyses, n° 32). (*)

Charpentier, Michèle, et coll. *Analyse du projet pilote ministériel d'achat de places d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie et de certaines formules régionales*, Québec, Direction de la recherche et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 1999, 85 p. (*)

Bélanger, Lucie, et coll. *Le soutien aux familles, rapport de consultation*, Québec, Service de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 2000, 50 p. et annexes.

Trahan, Lysette. « L'évolution de l'hospitalisation chez les personnes âgées vulnérables 2000 », *L'hôpital de demain et les personnes âgées vulnérables : sommes-nous prêts? Journées d'orientation sur la place des unités de courte durée gériatriques et des équi-*

pes gériatriques dans un système de santé en transformation, 20 et 21 janvier 2000, Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 2000, p. 17-32. ()*

SANTÉ MENTALE

Potvin, Nelson. *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, février 1997 [Réédition, mai 1997], 159 p. (*)

Gauthier, Anne. *Organisation des services de santé mentale dans la communauté : enseignements à tirer de la recherche évaluative*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 49 p. (Collection Études et analyses, n° 39). (*)

SANTÉ PHYSIQUE

Trahan, Lysette, et Marie Demers. *Recherche et évaluation relatives à la transformation du système de santé et de services sociaux. Rétention et autosuffisance des régions en matière de services médicaux ambulatoires et d'hospitalisation*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 60 p. (Collection Études et analyses, n° 40-1). (*)

Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation. *La réorganisation des soins et des services en santé physique. Synthèse des principaux résultats des études évaluatives disponibles à ce jour*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 13 décembre 1999, 16 p.

Trahan, Lysette, Pauline Bégin, Marie Demers et Pierre Lafontaine. *Recherche et évaluation relatives à la transformation du système de santé et de services sociaux. Évaluation des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires – ensemble du Québec*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 118 p. (Collection Études et analyses, n° 40-2). (*)

Côté, Harold, et Lysette Trahan. *Réduction de la durée de séjour et réadmission hospitalière pour des problèmes cardiovasculaires*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 62 p. (Collection Études et analyses, n° 43). (*)

Trahan, Lysette, Pauline Bégin, Marie Demers et Pierre Lafontaine. *Recherche et évaluation relatives à la transformation du système de santé et de services sociaux. Évolution de la prestation et de l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires de 1990-1991 à 1997-1998 – données régionales*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 113 p. (Collection Études et analyses, n° 40-3). (*)

Trahan, Lysette, Pauline Bégin et Marie Demers. *Recherche et évaluation relatives à la transformation du système de santé et de services sociaux. Changements dans le recours aux services ambulatoires chez certains groupes vulnérables à la suite de la réorganisation des services en santé physique*, Québec, Direction générale de la planifica-

tion et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 78 p. (Collection Études et analyses, n° 40-4). (*)

VIH/SIDA

Noël, Lina, Thomas Antil, Mario Champagne et coll. *Les programmes de prévention de VIH chez les UDI au Québec : une démarche collective d'évaluation. Cahier des outils*, Beauport, Centre de santé publique de Québec, 1997.

Antil, Thomas, et Lina Noël. *Les programmes de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection au Québec : une démarche collective d'évaluation*, Québec, Centre québécois de coordination sur le sida, Direction de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 104 p. et annexes. (*)

VIOLENCE ET AGRESSIONS SEXUELLES

Dunnigan, Lise, et Thomas Antil. *Portrait des mécanismes de concertation en violence conjugale. Volet 1 du projet relatif aux mesures de coordination et de concertation*, Québec, Direction de la recherche et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 1997, 49 p.

Antil, Thomas, Solange Cantin et Sylvie Cameron. *Promotion et prévention en matière de violence conjugale – Une démarche d'évaluation*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 133 p. (*)

AUTRES

Desbiens, Francine, et Christian Dagenais. *De l'innovation au changement. Les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 207 p. (*)

* : N° ISBN

**LISTE BIBLIOGRAPHIQUE DES RAPPORTS D'ÉVALUATION
PRODUITS DURANT LES CINQ DERNIÈRES ANNÉES
AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

**MANDATS RÉALISÉS À L'EXTERNE
(RELEVÉ EFFECTUÉ À L'AUTOMNE 2002)**

TOXICOMANIE

Guyon, Louise, et Yvonne Geoffrion. *La toxicomanie au Québec : bilan des études épidémiologiques faites depuis 1990*, Québec, Direction de la recherche et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 130 p. (Collection Études et analyses, n° 34). (*)

Landry, Michel, Céline Mercier, Natalie Kishchuk et André Caron. *Développement d'un système d'amélioration continue de la qualité des services de réadaptation en toxicomanie. Rapport déposé à la Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Montréal, Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ), 1997, 95 p.

Landry, Michel, Céline Mercier, Natalie Kishchuk et André Caron. *Guide pour le développement d'un système d'amélioration continue de la qualité des services de réadaptation en toxicomanie*, Montréal, Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ), 1997, 41 p. et annexes.

Lebeau, Aimé, Christian Viens et Guy Vermette. *Synthèse du contexte structurel des pratiques intersectorielles en toxicomanie*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 55 p. (Collection Études et analyses, n° 36). (*)

Lebeau, Aimé, Guy Vermette et Christian Viens. *Bilan de l'action intersectorielle et des pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 101 p. et annexes (Collection Études et analyses, n° 38). (*)

Sirois, Guylaine. *Inventaire et analyse critique des programmes et des projets en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies ainsi qu'en intervention précoce de première ligne dans les régions sociosanitaires du Québec, tome 4 : Description par région sociosanitaire de l'intervention précoce de première ligne en toxicomanie dans les CLSC du Québec*, Québec, Comité aviseur sur la recherche et l'évaluation en toxicomanie, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 238 p. (*)

Tendland, Johanne. *Pour une aide adaptée aux besoins des personnes ayant des problèmes de toxicomanie et de leurs proches*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 86 p. (Collection Études et analyses, n° 37). (*)

Vermette, Guy. *Inventaire et analyse critique des programmes de réadaptation, de désintoxication et d'aide et soutien en toxicomanie dans les régions sociosanitaire du Québec*, Québec, Comité aviseur sur la recherche et l'évaluation en toxicomanie, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 5 tomes. (*)

ENFANCE - JEUNESSE

Simard, Pierre, André Beaudoin, Lyne Champoux, Julie Fortin, Annick Saint-Amand, Daniel Turcotte et Jean Turgeon. *L'accessibilité aux services psychosociaux des CLSC dans le secteur enfance-famille : les relations avec les modes d'organisation – Rapport final*, Québec, École nationale d'administration publique et Université Laval, avril 2001.

Beaudoin, André, et coll. *Rapport d'évaluation des centres de ressources périnatales*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires et École nationale d'administration publique, 2002, 157 p. et annexes.

INFO-SANTÉ

Hagan, Louise, Diane Morin et Rachel Lépine. *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC. Perception des utilisateurs*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, juillet 1998, 163 p. et annexes. (*)

Hagan, Louise, Diane Morin et Gilles Therrien. *Étude des freins associés à l'utilisation du service Info-Santé CLSC pour les personnes âgées de 60 ans et plus du Québec*, Québec, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, novembre 2000, 34 p. et annexes. (*)

MÉDICAMENTS

Tamblyn, Robyn, et coll. « Partie I », « Partie II », « Revue de littérature commentée » et « Résumé », *Évaluation de l'impact du régime général d'assurance médicaments. Rapport intérimaire présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux*, Montréal, Université McGill, juillet 1998, [20 p.].

Tamblyn, Robyn, et coll. « Partie I », « Partie II » et « Résumé », *Évaluation de l'impact du régime général d'assurance médicaments. Rapport final présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux*, Montréal, Université McGill, mars 1999, [28 p.].

Institut de la statistique du Québec. *Étude sur la perception des adhérents à l'égard du régime d'assurance médicaments administré par la Régie d'assurance maladie du Québec*, Québec, Institut de la statistique du Québec, février 2000, 81 p. et annexes.

PÉRINATALITÉ ET PLANIFICATION DES NAISSANCES

Équipe d'évaluation des projets-pilotes des sages-femmes (Université de Montréal et Université Laval). *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec. Rapport final présenté au Conseil d'évaluation des projets-pilotes de la pratique sage-femme*, Montréal, Université de Montréal, 1997, 300 p.

PERSONNES ÂGÉES ET SERVICES À DOMICILE

Bergman, Howard, et coll. *Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)*, Montréal, Groupe de recherche en services intégrés aux personnes âgées, Division de la gériatrie, Université McGill; Département de l'administration de la santé, Université de Montréal, mai 1997, 157 p. et annexes.

Hébert, Réjean, et coll. *Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie : évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie*, Québec, Direction de la recherche et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, février 1997, 272 p. (Collection Études et analyses, n° 33). (*)

Bergman, Howard, et coll. *Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)*, Montréal, Groupe de recherche en services intégrés aux personnes âgées, Division de la gériatrie, Université McGill; Département de l'administration de la santé, Université de Montréal, octobre 1998, 153 p. et annexes.

Béland, François, Howard Bergman, Paule Label et coll. *Un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000*, Montréal, Groupe de recherche en services intégrés aux personnes âgées, Division de la gériatrie, Université McGill; Département de l'administration de la santé, Université de Montréal, mai 2001, 88 p. et annexe.

Gagnon, Éric, Nancy Guberman, Denyse Côté, Claude Gilbert, Nicole Thivierge et Marielle Tremblay. *Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*, Québec, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, avril 2001, 332 p. et annexes. (*)

Gagnon, Éric, Nancy Guberman, Denyse Côté, Claude Gilbert, Nicole Thivierge et Marielle Tremblay. *Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile. Synthèse des résultats*, Québec, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, octobre 2001, 28 p.

Lehoux, Pascale, et coll. *Convivialité et cadre organisationnel des technologies utilisées à domicile. Le point de vue des gestionnaires et des professionnels de vingt programmes de soins à domicile en CLSC*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, décembre 2001, 100 p. (*)

Lehoux, Pascale, et coll. *Convivialité et cadre organisationnel des technologies utilisées à domicile. Rapport 1 : résultats de l'enquête par questionnaire auprès des gestionnaires des programmes de soins à domicile des CLSC*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, juin 2001, 100 p. (*)

URGENCES ET MESURES D'URGENCE

Roberge, Danièle, et coll. *Les effets de la reconfiguration du réseau sur l'engorgement des salles d'urgence dans la région de Montréal-Centre*, Montréal, Centre hospitalier universitaire de Montréal, juin 2001, 33 p. et annexes.

VIH/SIDA

Laberge, Andrée, et coll. *Évaluation des Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS). Résumé*, Québec, Direction de la santé publique de la région de Québec, avril 2000, 7 p. (*)

Laberge, Andrée, et coll. *Évaluation des Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS)*, Québec, Direction de la santé publique de la région de Québec, avril 2000, 130 p. et annexes. (*)

Lamarche, Paul, Jean Turgeon et Claudia Lagacé. *Évaluation des Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS). Document complémentaire. Revues de littérature sur l'intégration des missions de recherche, d'enseignement et de soins et services pour le VIH/sida*, Québec, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, juillet 2000, 97 p. et annexes. (*)

Lavoie, Gaétan Y. *La dispensation des services pharmaceutiques aux personnes vivant avec le VIH/sida au Québec : étude exploratoire sur la perception et les adaptations possibles du rôle des pharmaciens communautaires*, Essai (Maîtrise), Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, juillet 2000, 75 p. et annexes.

VIOLENCE ET AGRESSIONS SEXUELLES

Rondeau, Gilles, et coll. *La concertation intersectorielle en violence conjugale au Québec : portrait des mécanismes en place et points de vue des participantes et participants. Rapport de recherche*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) et Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, juin 1999, 185 et annexes. (*)

Rondeau, Gilles, et coll. *La concertation intersectorielle en violence conjugale au Québec : portrait des mécanismes en place et points de vue des participantes et participants. Rapport abrégé*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) et Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, janvier 2000, 80 p. (*)

SANTÉ DU PERSONNEL DU RÉSEAU

Bourbonnais, Renée, et coll. *La transformation du réseau de la santé. Mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*, Québec, Équipe RIPOST, Université Laval et Direction de la santé publique, 1998, 55 p. et annexes. (*)

Bourbonnais, Renée, et coll. *Le travail infirmier sous tension. Une approche compréhensive du travail infirmier en période de transition*, Québec, Équipe RIPOST, CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières et Université Laval, 2000, 34 p. (*)

Bourbonnais, Renée, et coll. *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec*, Québec, Équipe RIPOST, Université Laval, 2000, 27 p. et annexes. (*)

AUTRES

Clément, Michèle, et coll. *Les centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, tome 1 : Fonctionnement, clientèles et services offerts*, Québec, CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières, 2002, 102 p. et annexes.

ANNEXE 10
INVESTISSEMENTS ET COÛTS ESTIMÉS
DES PROJETS DE DÉVELOPPEMENT
DE SYSTÈMES D'INFORMATION CLIENTÈLE

**INVESTISSEMENTS ET COÛTS ESTIMÉS DES PROJETS DE DÉVELOPPEMENT
DE SYSTÈMES D'INFORMATION CLIENTÈLE**

Clientèles touchées	Nom du système et investissement estimé en date de décembre 2002	Investissement total à ce jour	Planifié (selon plan du ministre et autres)
CLSC	Intégration CLSC (CLSC) ¹⁷⁶ , 35 M\$ Info-Santé, 0,9 M\$ Vaccination, 0,6 M\$	36,5 M\$	13,5 M\$
CHSLD	Clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée (SICHELD), 14 M\$ à ce jour	14 M\$	
CPEJ	Intégration jeunesse ¹⁷⁷ , 37,3 M\$ Système de support à la pratique jeunesse (SSPJ), 4,9 M\$	42,2 M\$	0,9 M\$
CRDI et CRDP	Système d'information clientèle en déficience intellectuelle (SICDI), 2,4 M\$ Système d'information clientèle en déficience physique (SICDP), 2 M\$	4,4 M\$	8,3 M\$
CH	Système d'information pour les services d'urgence (SIURGE), 4,3 M\$ Système de gestion de l'accès aux services ¹⁷⁸ (SGAS), 2,2 M\$ à ce jour (total prévu 4,2 M\$)	6,5 M\$	2 M\$
Autres systèmes de soutien aux intervenants	Outil d'évaluation de la clientèle (OEMC) Demande de services interétablissements (DSIE) Système d'information pour les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF) Système d'information pour la coordination des admissions (SICRA)	5 M\$	16 M\$
Santé publique	Système d'information, dépistage du cancer du sein (SIDCSQ), 2,1 M\$ Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIATH) (48 M\$)	50,1 M\$	20 M\$
Personnes âgées en perte d'autonomie	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA), besoins estimés à 13 M\$	0,3 M\$	13 M\$
Population en général	Urgences préhospitalières (Préhosp), besoins estimés à 2,4 M\$		2,4 M\$
Santé mentale	Système d'information pour la santé mentale (SISM)	1,3 M\$	
Maintien à domicile	Système d'information, services de maintien à domicile (SISMAD)	3,5 M\$	
TOTAL		164 M\$	76 M\$

176. Incluant les travaux concernant la banque régionale, la santé au travail et le tableau de bord.

177. Incluant les systèmes rattachés à la Loi sur la protection de la jeunesse et à la Loi sur les jeunes contrevenants.

178. Pour les listes d'attente en bloc opératoire.

ANNEXE 11
INVESTISSEMENTS EN RECHERCHE

RÉPARTITION DU NOMBRE DE PROJETS SELON LES ORGANISMES SUBVENTIONNAIRES*, 1992-2000, QUÉBEC

Noms des organismes subventionnaires	Abréviations	Nombre de projets	Montants
Instituts de recherche en santé du Canada	IRSC	3 679	565 775 519 \$
Fonds de la recherche en santé du Québec	FRSQ	1 546	144 836 585 \$
Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie	CRSNG	1 288	131 419 972 \$
Fonds québécois de la recherche sur la nature et les technologies	FQRNT	390	61 811 730 \$
Programme national de recherche et de développement en matière de santé	PNRDS	365	57 953 545 \$
Conseil de recherche en sciences humaines	CRSH	657	52 363 254 \$
Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture	FQRSC	481	44 722 235 \$
Fonds pour l'adaptation des services de santé	FASS	45	35 942 280 \$
Institut de recherche en santé et sécurité du travail	IRSST	409	35 397 468 \$
Programme de subventions en santé publique	PSSP	486	13 928 521 \$
Ministère de la Santé et des Services sociaux	MSSS	295	11 708 587 \$
Office des personnes handicapées du Québec	OPHQ	163	2 313 118 \$
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé	FCRSS	36	1 915 713 \$
Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation	REPAR	98	874 533 \$
Partenariats en développement social	PDS	30	748 944 \$
Institut national de la recherche scientifique	INRS	64	138 333 \$
Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec	FRESIQ	18	111 103 \$
Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Québec	AETMIS	57	ND**
Total		10 107	1 161 961 440 \$
<i>Total des projets financés par les organismes rattachés au réseau de la santé et des services sociaux</i>		3 126	218 383 579 \$
Total des autres projets		6 981	943 577 861 \$

* Nous avons limité la requête à l'aide de la variable « Programme de subvention » et seuls les projets codés entre 10 et 22 sous cette variable, en plus de ceux qui ont le code 41, ont été sélectionnés.

** Non disponible.

Source : Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS), le 18 juin 2003.

Philippe-André Coutu, Chargé de projet pour la BRSS, Service de la recherche (Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation - DERI), MSSS.

RÉPARTITION DU NOMBRE DE PROJETS RELIÉS À UN OBJECTIF DE LA POLITIQUE SELON LES ORGANISMES SUBVENTIONNAIRES*, 1992-2000, QUÉBEC

Noms des organismes subventionnaires	Abrévia-tions	Nombre de projets	Montants
Instituts de recherche en santé du Canada	IRSC	648	116 456 914 \$
Fonds de la recherche en santé du Québec	FRSQ	653	60 232 190 \$
Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture	FQRSC	380	36 827 602 \$
Programme national de recherche et de développement en matière de santé	PNRDS	184	32 482 986 \$
Fonds pour l'adaptation des services de santé	FASS	24	21 539 417 \$
Institut de recherche en santé et sécurité du travail	IRSSST	208	19 761 800 \$
Conseil de recherche en sciences humaines	CRSH	141	14 348 830 \$
Fonds québécois de la recherche sur la nature et les technologies	FQRNT	95	11 958 801 \$
Programme de subventions en santé publique	PSSP	299	8 434 363 \$
Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie	CRSNG	83	5 316 509 \$
Ministère de la Santé et des Services sociaux	MSSS	116	4 889 370 \$
Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation	REPAR	98	874 533 \$
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé	FCRSS	9	273 539 \$
Office des personnes handicapées du Québec	OPHQ	88	215 000 \$
Partenariats en développement social	PDS	4	81 211 \$
Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec	FRESIQ	8	49 783 \$
Institut national de la recherche scientifique	INRS	2	0 \$
Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Québec	AETMIS	24	ND**
Total		3 064	333 742 848 \$
<i>Total des projets financés par les organismes rattachés au réseau de la santé et des services sociaux</i>		1 658	111 473 058 \$
Total des autres projets		1 406	222 269 790 \$

* Nous avons limité la requête à l'aide de la variable « Programme de subvention » et seuls les projets codés entre 10 et 22 sous cette variable, en plus de ceux qui ont le code 41, ont été sélectionnés.

** Non disponible.

Source : Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS), le 18 juin 2003.
Philippe-André Coutu, Chargé de projet pour la BRSS, Service de la recherche (DERI), MSSS.

RÉPARTITION DES MONTANTS ACCORDÉS POUR CHACUN DES 19 OBJECTIFS DE LA POLITIQUE PAR ANNÉE*, QUÉBEC, 1992-2000

OBJECTIF POLITIQUE	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	TOTAL
Santé mentale	5 764 778 \$	6 796 991 \$	7 482 491 \$	6 635 569 \$	6 245 320 \$	6 148 010 \$	6 665 508 \$	13 052 052 \$	10 817 900 \$	69 608 618 \$
Maladies cardiovasculaires	7 799 823 \$	8 769 590 \$	8 559 215 \$	6 767 032 \$	5 594 265 \$	4 671 586 \$	4 955 932 \$	8 771 145 \$	9 520 776 \$	65 409 364 \$
MTS-sida	3 318 470 \$	4 341 583 \$	4 980 960 \$	4 454 711 \$	4 550 002 \$	3 290 986 \$	1 365 332 \$	2 678 419 \$	3 620 966 \$	32 601 428 \$
Maladies du système respiratoire	3 423 165 \$	3 628 503 \$	3 569 549 \$	3 200 860 \$	3 048 580 \$	2 453 769 \$	2 111 448 \$	4 153 732 \$	3 658 413 \$	29 248 019 \$
Personnes âgées	721 713 \$	620 700 \$	1 145 990 \$	1 283 776 \$	1 259 778 \$	1 573 979 \$	8 402 528 \$	3 510 955 \$	2 536 435 \$	21 055 853 \$
Troubles de comportement	840 698 \$	1 271 667 \$	1 814 951 \$	1 681 500 \$	2 211 994 \$	2 347 693 \$	2 002 378 \$	2 059 568 \$	3 013 145 \$	17 243 596 \$
Maux de dos, arthrite, rhumatismes	1 826 985 \$	2 327 179 \$	1 853 079 \$	1 691 411 \$	1 685 041 \$	1 713 658 \$	1 952 697 \$	1 664 369 \$	787 016 \$	15 501 434 \$
Périnatalité	1 487 944 \$	1 578 812 \$	1 551 676 \$	1 298 609 \$	1 370 630 \$	1 350 083 \$	856 266 \$	2 026 490 \$	1 896 712 \$	13 417 223 \$
Situations de handicap	1 097 106 \$	926 419 \$	574 245 \$	1 041 196 \$	1 006 535 \$	1 425 168 \$	1 942 008 \$	2 389 017 \$	2 250 424 \$	12 652 118 \$
Cancer	459 319 \$	587 124 \$	792 058 \$	750 622 \$	892 653 \$	854 639 \$	1 441 468 \$	4 275 035 \$	2 024 302 \$	12 077 220 \$
Traumatismes	1 148 619 \$	1 525 735 \$	2 167 926 \$	1 586 989 \$	1 570 038 \$	1 409 754 \$	899 191 \$	987 238 \$	373 516 \$	11 669 005 \$
Alcoolisme et psychotropes	660 812 \$	870 670 \$	1 347 347 \$	1 800 365 \$	1 494 889 \$	1 261 169 \$	808 803 \$	1 882 503 \$	1 491 288 \$	11 617 847 \$
Agressions/négligence	461 819 \$	147 774 \$	401 809 \$	612 979 \$	688 599 \$	902 455 \$	688 739 \$	854 133 \$	918 627 \$	5 676 933 \$
Violence faite aux femmes	117 677 \$	256 190 \$	564 038 \$	567 507 \$	452 222 \$	430 708 \$	734 264 \$	696 465 \$	973 814 \$	4 792 885 \$
Santé dentaire	934 312 \$	955 497 \$	817 158 \$	651 021 \$	486 954 \$	387 574 \$	338 100 \$	44 503 \$	78 808 \$	4 693 927 \$
Délinquance	290 406 \$	145 212 \$	154 663 \$	237 933 \$	353 073 \$	413 954 \$	239 697 \$	490 246 \$	497 439 \$	2 822 623 \$
Suicide	143 864 \$	29 945 \$	29 772 \$	80 993 \$	164 718 \$	333 628 \$	371 053 \$	327 166 \$	362 138 \$	1 843 277 \$
Itinérance	10 272 \$	85 663 \$	175 717 \$	283 000 \$	337 379 \$	252 024 \$	96 888 \$	57 794 \$	227 163 \$	1 525 900 \$
Maladies infectieuses					41 515 \$	44 742 \$	68 275 \$	92 206 \$	38 840 \$	285 578 \$
TOTAL	30 507 781 \$	34 865 254 \$	37 982 643 \$	34 626 073 \$	33 454 185 \$	31 265 580 \$	35 940 575 \$	50 013 036 \$	45 087 722 \$	333 742 848 \$

* Nous avons limité la requête à l'aide de la variable « Programme de subvention » et seuls les projets codés entre 10 et 22 sous cette variable, en plus de ceux qui ont le code 41, ont été sélectionnés.

Source : Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS), le 18 juin 2003.

Philippe-André Coutu, Chargé de projet pour la BRSS, Service de la recherche (DERI), MSSS.

**RÉPARTITION DES MONTANTS ACCORDÉS PAR LES ORGANISMES RATTACHÉS AU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
POUR CHACUN DES 19 OBJECTIFS DE LA POLITIQUE PAR ANNÉE*, QUÉBEC, 1992-2000**

OBJECTIF POLITIQUE	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	TOTAL
Santé mentale	2 121 565 \$	2 968 234 \$	3 619 515 \$	3 108 278 \$	2 989 409 \$	3 266 476 \$	3 567 585 \$	3 448 927 \$	3 591 107 \$	28 681 095 \$
Maladies cardiovasculaires	1 109 873 \$	1 628 190 \$	1 723 174 \$	1 723 386 \$	1 880 340 \$	1 967 574 \$	2 100 181 \$	1 832 052 \$	1 962 728 \$	15 927 498 \$
Situations de handicap	919 135 \$	744 230 \$	332 644 \$	779 470 \$	747 334 \$	1 184 448 \$	1 827 932 \$	1 698 787 \$	1 549 490 \$	9 783 470 \$
Troubles de comportement	511 603 \$	933 916 \$	962 894 \$	847 433 \$	1 284 983 \$	1 268 343 \$	1 097 236 \$	1 117 296 \$	1 439 786 \$	9 463 491 \$
MTS-sida	872 863 \$	1 489 920 \$	1 007 824 \$	635 800 \$	689 485 \$	712 287 \$	440 414 \$	542 110 \$	670 801 \$	7 061 503 \$
Personnes âgées	706 629 \$	560 607 \$	754 337 \$	656 496 \$	571 520 \$	949 931 \$	774 166 \$	836 514 \$	1 029 380 \$	6 839 580 \$
Alcoolisme et psychotropes	433 010 \$	668 548 \$	884 673 \$	1 079 844 \$	857 153 \$	816 024 \$	640 196 \$	635 411 \$	641 795 \$	6 656 656 \$
Maladies du système respiratoire	313 805 \$	378 176 \$	562 480 \$	552 270 \$	497 663 \$	741 043 \$	959 409 \$	996 901 \$	1 239 173 \$	6 240 920 \$
Agressions/négligence	461 819 \$	101 836 \$	335 411 \$	437 640 \$	550 701 \$	745 887 \$	634 689 \$	800 083 \$	873 243 \$	4 941 308 \$
Périnatalité	300 531 \$	387 917 \$	520 918 \$	406 162 \$	656 338 \$	728 371 \$	341 994 \$	292 455 \$	269 405 \$	3 904 092 \$
Cancer	155 223 \$	333 893 \$	469 491 \$	421 686 \$	333 143 \$	505 058 \$	400 780 \$	214 240 \$	306 630 \$	3 140 144 \$
Violence faite aux femmes	17 677 \$	119 524 \$	306 198 \$	320 666 \$	196 965 \$	307 375 \$	343 305 \$	212 940 \$	426 152 \$	2 250 802 \$
Suicide	143 864 \$	29 945 \$	20 854 \$	79 993 \$	117 518 \$	248 622 \$	293 262 \$	327 166 \$	136 379 \$	1 397 603 \$
Délinquance	222 257 \$	77 062 \$		100 650 \$	220 789 \$	314 184 \$	144 997 \$	57 894 \$	183 047 \$	1 320 880 \$
Itinérance	10 272 \$	85 663 \$	175 717 \$	223 404 \$	279 946 \$	172 818 \$	69 621 \$	25 714 \$	165 083 \$	1 208 238 \$
Maux de dos, arthrite, rhumatismes			38 227 \$	95 938 \$	242 387 \$	210 801 \$	167 899 \$	206 864 \$	139 407 \$	1 101 523 \$
Traumatismes	5 725 \$	49 176 \$	28 335 \$	90 165 \$	65 715 \$	78 731 \$	36 084 \$	340 853 \$	216 388 \$	911 172 \$
Santé dentaire	128 955 \$	99 225 \$	34 980 \$	7 779 \$	10 364 \$	58 401 \$	10 005 \$	28 503 \$	62 808 \$	441 020 \$
Maladies infectieuses						44 742 \$	47 275 \$	71 206 \$	38 840 \$	202 063 \$
TOTAL	8 434 806 \$	10 656 063 \$	11 777 671 \$	11 567 060 \$	12 191 753 \$	14 321 116 \$	13 897 031 \$	13 685 916 \$	14 941 642 \$	111 473 058 \$

* Nous avons limité la requête à l'aide de la variable « Programme de subvention » et seuls les projets codés entre 10 et 22 sous cette variable, en plus de ceux qui ont le code 41, ont été sélectionnés.

Source : Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS), le 18 juin 2003.
Philippe-André Coutu, Chargé de projet pour la BRSS, Service de la recherche (DERI), MSSS.

RÉPARTITION DES MONTANTS ACCORDÉS PAR LES AUTRES ORGANISMES POUR CHACUN DES 19 OBJECTIFS DE LA POLITIQUE PAR ANNÉE*, QUÉBEC, 1992-2000

OBJECTIF POLITIQUE	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	TOTAL
Maladies cardiovasculaires	6 689 950 \$	7 141 400 \$	6 836 041 \$	5 043 646 \$	3 713 925 \$	2 704 012 \$	2 855 751 \$	6 939 093 \$	7 558 048 \$	49 481 866 \$
Santé mentale	3 643 213 \$	3 828 757 \$	3 862 976 \$	3 527 291 \$	3 255 911 \$	2 881 534 \$	3 097 923 \$	9 603 125 \$	7 226 793 \$	40 927 523 \$
MTS-sida	2 445 607 \$	2 851 663 \$	3 973 136 \$	3 818 911 \$	3 860 517 \$	2 578 699 \$	924 918 \$	2 136 309 \$	2 950 165 \$	25 539 925 \$
Maladies du système respi- ratoire	3 109 360 \$	3 250 327 \$	3 007 069 \$	2 648 590 \$	2 550 917 \$	1 712 726 \$	1 152 039 \$	3 156 831 \$	2 419 240 \$	23 007 099 \$
Maux de dos, arthrite, rhumatismes	1 826 985 \$	2 327 179 \$	1 814 852 \$	1 595 473 \$	1 442 654 \$	1 502 857 \$	1 784 798 \$	1 457 505 \$	647 609 \$	14 399 911 \$
Personnes âgées	15 084 \$	60 093 \$	391 653 \$	627 280 \$	688 258 \$	624 048 \$	7 628 362 \$	2 674 441 \$	1 507 055 \$	14 216 274 \$
Traumatismes	1 142 894 \$	1 476 559 \$	2 139 591 \$	1 496 823 \$	1 504 323 \$	1 331 023 \$	863 106 \$	646 385 \$	157 128 \$	10 757 833 \$
Périnatalité	1 187 413 \$	1 190 895 \$	1 030 758 \$	892 447 \$	714 292 \$	621 712 \$	514 272 \$	1 734 035 \$	1 627 307 \$	9 513 131 \$
Cancer	304 096 \$	253 231 \$	322 567 \$	328 936 \$	559 510 \$	349 581 \$	1 040 688 \$	4 060 795 \$	1 717 672 \$	8 937 076 \$
Troubles de comportement	329 095 \$	337 752 \$	852 057 \$	834 067 \$	927 011 \$	1 079 350 \$	905 142 \$	942 272 \$	1 573 359 \$	7 780 105 \$
Alcoolisme et psychotropes	227 802 \$	202 121 \$	462 674 \$	720 521 \$	637 736 \$	445 145 \$	168 607 \$	1 247 092 \$	849 493 \$	4 961 191 \$
Santé dentaire	805 357 \$	856 272 \$	782 178 \$	643 242 \$	476 590 \$	329 173 \$	328 095 \$	16 000 \$	16 000 \$	4 252 907 \$
Situations de handicap	177 971 \$	182 189 \$	241 601 \$	261 726 \$	259 201 \$	240 720 \$	114 076 \$	690 230 \$	700 934 \$	2 868 648 \$
Violence faite aux femmes	100 000 \$	136 666 \$	257 840 \$	246 841 \$	255 257 \$	123 333 \$	390 959 \$	483 525 \$	547 662 \$	2 542 083 \$
Délinquance	68 149 \$	68 150 \$	154 663 \$	137 283 \$	132 284 \$	99 770 \$	94 700 \$	432 352 \$	314 392 \$	1 501 743 \$
Agressions/négligence		45 938 \$	66 398 \$	175 339 \$	137 898 \$	156 568 \$	54 050 \$	54 050 \$	45 384 \$	735 625 \$
Suicide			8 918 \$	1 000 \$	47 200 \$	85 006 \$	77 791 \$		225 759 \$	445 674 \$
Itinérance				59 596 \$	57 433 \$	79 206 \$	27 267 \$	32 080 \$	62 080 \$	317 662 \$
Maladies infectieuses					41 515 \$		21 000 \$	21 000 \$		83 515 \$
TOTAL	22 072 975 \$	24 209 191 \$	26 204 972 \$	23 059 012 \$	21 262 432 \$	16 944 463 \$	22 043 544 \$	36 327 120 \$	30 146 080 \$	222 269 789 \$

* Nous avons limité la requête à l'aide de la variable « Programme de subvention » et seuls les projets codés entre 10 et 22 sous cette variable, en plus de ceux qui ont le code 41, ont été sélectionnés.

Source : Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS), le 18 juin 2003.

Philippe-André Coutu, Chargé de projet pour la BRSS, Service de la recherche (DERI), MSSS.

**RÉPARTITION DES MONTANTS ACCORDÉS PAR LES ORGANISMES RATTACHÉS AU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
POUR CHACUN DES CINQ CHAMPS DE LA POLITIQUE PAR ANNÉE*, QUÉBEC, 1992-2000**

CHAMP POLITIQUE	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	TOTAL
Adaptation sociale	1 656 638 \$	1 986 549 \$	2 664 893 \$	3 009 637 \$	3 390 538 \$	3 624 632 \$	2 930 044 \$	2 849 338 \$	3 729 106 \$	25 841 375 \$
Santé physique	1 885 158 \$	2 777 353 \$	3 342 624 \$	3 289 607 \$	3 675 586 \$	4 231 578 \$	4 006 347 \$	3 883 365 \$	4 133 731 \$	31 225 349 \$
Santé publique	1 001 818 \$	1 589 145 \$	1 042 804 \$	643 579 \$	699 849 \$	815 430 \$	497 694 \$	641 819 \$	772 449 \$	7 704 586 \$
Santé mentale	2 265 429 \$	2 998 179 \$	3 640 369 \$	3 188 270 \$	3 106 926 \$	3 515 098 \$	3 860 847 \$	3 776 093 \$	3 727 486 \$	30 078 698 \$
Intégration sociale	1 625 764 \$	1 304 837 \$	1 086 981 \$	1 435 966 \$	1 318 854 \$	2 134 379 \$	2 602 098 \$	2 535 301 \$	2 578 870 \$	16 623 050 \$
TOTAL	8 434 807 \$	10 656 063 \$	11 777 671 \$	11 567 059 \$	12 191 753 \$	14 321 117 \$	13 897 030 \$	13 685 916 \$	14 941 642 \$	111 473 058 \$

* Nous avons limité la requête à l'aide de la variable « Programme de subvention » et seuls les projets codés entre 10 et 22 sous cette variable, en plus de ceux qui ont le code 41, ont été sélectionnés.

Source : Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS), le 18 juin 2003.

Philippe-André Coutu, Chargé de projet pour la BRSS, Service de la recherche (DERI), MSSS.

RÉPARTITION DES MONTANTS* ACCORDÉS AUX PROJETS DONT LE THÈME EST « PRÉVENTION ET PROMOTION » PAR AN-
NÉE ET SELON LE TYPE D'ORGANISME DE SUBVENTION, 1992-2000, QUÉBEC**

Année de subvention	Santé et services sociaux	Autres organismes	Total des organismes
1992	839 610 \$	3 123 507 \$	3 963 117 \$
1993	930 500 \$	3 011 071 \$	3 941 571 \$
1994	1 693 006 \$	3 264 482 \$	4 957 488 \$
1995	1 456 290 \$	2 452 327 \$	3 908 617 \$
1996	1 537 691 \$	2 772 295 \$	4 309 986 \$
1997	1 566 877 \$	2 580 608 \$	4 147 485 \$
1998	1 102 606 \$	2 515 891 \$	3 618 497 \$
1999	1 100 146 \$	3 674 427 \$	4 774 573 \$
2000	939 623 \$	1 426 225 \$	2 365 848 \$
TOTAL	11 166 349 \$	24 820 833 \$	35 987 182 \$

* En dollars courants.

** Nous avons limité la requête à l'aide de la variable « Programme de subvention » et seuls les projets codés entre 10 et 22 sous cette variable, en plus de ceux qui ont le code 41, ont été sélectionnés.

Source : Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS), le 7 mars 2003.

Philippe-André Coutu, Chargé de projet pour la BRSS, Service de la recherche (DERI), MSSS.

RÉPARTITION DES MONTANTS* ACCORDÉS AUX PROJETS DE RECHERCHE ÉVALUATIVE
PAR ANNÉE ET SELON LE TYPE D'ORGANISME DE SUBVENTION, 1992-2000, QUÉBEC**

Année de subvention	Santé et services sociaux	Autres organismes	Total des organismes
1992	1 572 960 \$	2 930 241 \$	4 503 201 \$
1993	1 329 390 \$	2 775 813 \$	4 105 203 \$
1994	1 915 943 \$	2 410 880 \$	4 326 823 \$
1995	2 744 574 \$	2 461 467 \$	5 206 041 \$
1996	3 468 164 \$	3 043 224 \$	6 511 388 \$
1997	3 416 162 \$	2 974 489 \$	6 390 651 \$
1998	3 473 493 \$	9 979 308 \$	13 452 801 \$
1999	3 449 972 \$	19 030 278 \$	22 480 250 \$
2000	3 212 991 \$	11 642 558 \$	14 855 549 \$
TOTAL	24 583 650 \$	57 248 258 \$	81 831 907 \$

* En dollars courants.

** Nous avons limité la requête à l'aide de la variable « Programme de subvention » et seuls les projets codés 14 sous cette variable ont été sélectionnés.

Source : Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS), le 7 mars 2003.

Philippe-André Coutu, Chargé de projet pour la BRSS, Service de la recherche (DERI), MSSS.

RÉPARTITION DES MONTANTS* ACCORDÉS AUX PROJETS PORTANT SUR LES GROUPES VULNÉRABLES PAR ANNÉE ET SELON LE TYPE D'ORGANISME DE SUBVENTION, 1992-2000, QUÉBEC**

Année de subvention	Santé et services sociaux	Autres organismes	Total des organismes
1992	525 607 \$	412 825 \$	938 432 \$
1993	869 320 \$	167 219 \$	1 036 539 \$
1994	986 437 \$	261 894 \$	1 248 331 \$
1995	1 214 800 \$	306 300 \$	1 521 100 \$
1996	1 497 358 \$	304 983 \$	1 802 341 \$
1997	1 683 488 \$	281 180 \$	1 964 668 \$
1998	984 142 \$	144 346 \$	1 128 488 \$
1999	720 907 \$	136 417 \$	857 324 \$
2000	726 990 \$	146 409 \$	873 399 \$
TOTAL	9 209 049 \$	2 161 573 \$	11 370 622 \$

* En dollars courants.

** Nous avons limité la requête à l'aide de la variable « Programme de subvention » et seuls les projets codés entre 10 et 22 sous cette variable, en plus de ceux qui ont le code 41, ont été sélectionnés.

Source : Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS), le 7 mars 2003.

Philippe-André Coutu, Chargé de projet pour la BRSS, Service de la recherche (DERI), MSSS.

ANNEXE 12
LISTE DES POLITIQUES ET ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES
ADOPTÉES DEPUIS 1992
EN RAPPORT AVEC LES 19 PROBLÈMES PRIORITAIRES

Problème/document	Référence à la Politique	Mention dans la bibliographie
1 LES ABUS SEXUELS, LA NÉGLIGENCE ET LA VIOLENCE À L'ENDROIT DES ENFANTS		
- <i>Les agressions sexuelles : Stop – Rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel</i> , MSSS, 1995.	p. 14 « La politique de la santé et du bien-être [...] propose de replacer la santé et le bien-être au cœur du développement social et économique et commande de modifier l'orientation actuelle, de même que les interventions du système de services, en agissant davantage à la source des problèmes. »	X
- <i>Manuel de référence sur la protection de la jeunesse</i> , Groupe de travail sur la révision du manuel de référence sur la Loi sur la protection de la jeunesse, MSSS, 1998*. * Document cité également en lien avec le problème n° 3.	p. 13 « La transformation du marché de l'emploi et les carences de la formation professionnelle représentent d'autres facteurs qui limitent les possibilités d'intégration sociale pour certains groupes, notamment les plus jeunes (PSBE, 1992). »	
- <i>État de la situation et recommandations au regard des services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille dans les CLSC</i> , Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse (comité Lebon), MSSS, décembre 2000.	p. 1 « Cette étude fait suite à différents rapports qui ont déterminé les besoins des enfants, des adolescents et de leur famille et recommandé des ajustements quant à l'organisation des services qui leur sont offerts. Citons les travaux suivants : <i>La politique de la santé et du bien-être</i> [...]. »	
- <i>Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique</i> , MSSS, 2001.	Aucune référence à la Politique	
- <i>Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle – Plan d'action</i> , MSSS, 2001.	Aucune référence à la Politique	
- <i>Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle</i> , MSSS, 2001.	Aucune référence à la Politique	
- <i>Programme de soutien aux jeunes parents – Document initial pour la première phase de l'implantation</i> , MSSS, 2002.	Aucune référence à la Politique	

Problème/document	Référence à la Politique	Mention dans la bibliographie
2 LES TROUBLES DE COMPORTEMENT DES ENFANTS, DES ADOLESCENTS ET ADOLESCENTES		
- Guide d'implantation du programme de soutien à la compétence parentale « Y'a personne de parfait », Direction de la promotion de la santé et du bien-être, MSSS, octobre 1992.	p. 1 « Le programme de soutien à la compétence parentale "Y'a personne de parfait" répond au virage préventif préconisé dans la Politique de la santé et du bien-être. »	
- Guide d'application du programme de soutien à la compétence parentale « Y'a personne de parfait », Direction du soutien aux opérations régionales et Direction de la promotion de la santé et du bien-être, MSSS, juin 1994.	p. 1 « Le programme de soutien à la compétence parentale "Y'a personne de parfait" répond au virage préventif préconisé dans la Politique de la santé et du bien-être. »	
- <i>Naître égaux – Grandir en santé</i> , Direction générale de la santé publique, MSSS, 1995.	p. 2 « Depuis, le rapport <i>Un Québec fou de ses enfants</i> (1991), <i>La Politique de la santé et du bien-être</i> du gouvernement du Québec (1992) ainsi que la récente <i>Politique de périnatalité</i> (1993), sont des pièces maîtresses qui sont venues s'ajouter au large consensus national et international quant à la nécessité d'agir pour réduire les inégalités sociales sur le plan de la santé. »	
- <i>Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes, agissons en complices</i> , MSSS, 1998.	Aucune référence à la Politique	
3 LA DÉLINQUANCE		
- <i>Les jeunes contrevenants – Au nom... et au-delà de la Loi</i> , Rapport du groupe de travail chargé d'étudier l'application de la Loi sur les jeunes contrevenants au Québec, Ministère de la Justice et Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995 (rapport Jasmin).	p. 128 « La Politique de la santé et du bien-être du gouvernement du Québec propose de réorganiser des procédures afin de raccourcir les délais. »	

Problème/document	Référence à la Politique	Mention dans la bibliographie
- <i>Plan d'action ministériel pour le secteur des jeunes contrevenants</i> , MSSS, avril 1996.	p. 8 « La Politique de la santé et du bien-être consacre, quant à elle, un bref chapitre à la délinquance dont voici les points saillants [...] »	
- <i>Manuel de référence sur la protection de la jeunesse</i> , Groupe de travail sur la révision du manuel de référence sur la Loi sur la protection de la jeunesse, MSSS, 1998*. * Document cité également en lien avec le problème n° 1.	p. 13 « La transformation du marché de l'emploi et les carences de la formation professionnelle représentent d'autres facteurs qui limitent les possibilités d'intégration sociale pour certains groupes, notamment les jeunes. »	
4 LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES		
- <i>Intervention auprès des conjoints violents – Orientations</i> , MSSS, 1992.	Aucune référence à la Politique	
- <i>Politique d'intervention en matière de violence conjugale – Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale</i> , Ministères de la Justice, de la Sécurité publique, de l'Éducation, de la Santé et des Services sociaux, Secrétariat à la condition féminine, Secrétariat à la famille, 1995.	p. 15 « [...] La politique en matière de condition féminine, La politique de la santé et du bien-être [...] comportent des mesures ou des recommandations qui visent à contrer la violence conjugale et familiale et à la prévenir. »	
5 L'ITINÉRANCE		
- <i>Bilan des réalisations du plan d'action jeunesse 1999-2002 – « S'en sortir »</i> , MSSS, 1999.	Aucune référence à la Politique	
- <i>L'itinérance – Cadre de référence</i> , Direction de la jeunesse, des personnes toxicomanes et de la santé mentale, MSSS, novembre 2000.	Aucune référence à la Politique	
- <i>Entente concernant l'initiative de partenariats en action communautaire</i> , 2002.	Aucune référence à la Politique	

Problème/document	Référence à la Politique	Mention dans la bibliographie
6 L'ALCOOLISME ET L'USAGE ABUSIF DE PSYCHOTROPES		
- <i>Plan d'action en toxicomanie 1999-2001</i> , MSSS, 1998.	p. 14 « La Politique de la santé et du bien-être retient parmi ses objectifs en 1992 celui de diminuer les problèmes associés à l'alcoolisme et aux autres toxicomanies. »	
- <i>Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie – Orientations, axes d'intervention, actions</i> , MSSS, novembre 2001.	p. 11 « Dorénavant, les orientations ministérielles ne se limitent plus à promouvoir la réduction de la consommation globale ni la prévention de l'usage, comme l'énonce <i>La politique de la santé et du bien-être</i> [...]. »	
7 LES NAISSANCES PRÉMATURÉES OU DE POIDS INSUFFISANT ET LES ANOMALIES CONGÉNITALES OU GÉNÉTIQUES		
- <i>Politique de périnatalité</i> , MSSS, 1993.	p. 45 « Les objectifs sont formulés en continuité avec les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être [...]. »	X
- <i>Le déploiement des programmes de type Naître égaux – Grandir en santé au Québec</i> , avis de l'Institut national de santé publique, 2000.	Aucune référence à la Politique	
8 LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES		
- <i>Protocole de collaboration entre la Direction générale de la santé publique pour le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire pour la Fondation des maladies du cœur du Québec</i> , MSSS, 1998.	p. 3 « Dans la Politique de santé et du bien-être adoptée en 1992, un objectif au sujet de la santé cardiovasculaire est clairement formulé. L'objectif 8 vise d'ici l'an 2002, à réduire de 30 % la mortalité par maladies cardiovasculaires. »	
- « <i>Au cœur de la vie</i> » – <i>Le projet québécois de dissémination en santé du cœur</i> , Institut national de santé publique, 2001.	Aucune référence à la Politique	

Problème/document	Référence à la Politique	Mention dans la bibliographie
9 LE CANCER		
- <i>Plan d'action pour le dépistage du cancer du sein</i> , MSSS, novembre 1993.	p. 1 « Le cancer du sein est un problème de santé d'importance majeure. Il a été identifié comme un secteur d'intervention prioritaire dans la Politique de la santé et du bien-être. »	
- <i>Plan d'action de lutte au tabagisme</i> , MSSS, 1994.	p. 11 « La Politique propose d'augmenter à 80 %, d'ici l'an 2002, la proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui est composée de non-fumeurs. »	
- <i>Programme québécois de dépistage du cancer du sein – Cadre de référence</i> , Direction générale de la santé publique, MSSS, 1996.	p. 3 « En 1992, dans sa Politique de la santé et du bien-être, le ministère de la Santé et des Services sociaux encourageait le dépistage précoce chez les femmes du groupe d'âge de 50 à 69 ans. »	
- <i>Programme québécois de lutte contre le cancer – Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe</i> , Comité consultatif sur le cancer, MSSS, octobre 1997.	p. 17 « Le cancer constitue la seconde cause de mortalité et de mortalité prématurée au Québec. Il est responsable de près de 30 % des décès et de presque 30 % des années potentielles de vie perdues » (citation textuelle de la Politique de la santé et du bien-être).	
12 LES MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE		
- <i>Cadre de référence pour les clientèles nécessitant de l'oxygénothérapie à domicile</i> , MSSS, juin 2000.	Aucune référence à la Politique	
- <i>Cadre de référence sur l'assistance ventilatoire à domicile – Clientèle adulte et pédiatrique</i> , MSSS, mars 2001.	Aucune référence à la Politique	
13 LES MALADIES TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET LE SIDA		
- <i>Stratégie québécoise de lutte contre le sida et de prévention des maladies transmissibles sexuellement, Phase 3 – Plan d'action 1992-1995</i> , Centre québécois de coordination sur le sida, MSSS, 1992.	p. 3 « Ce plan d'action pour les années 1992 à 1995, qui constitue la phase III de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida et de prévention des maladies transmissibles sexuellement, se situe dans la continuité des recommandations de la Politique de la santé et du bien-être du gouvernement du Québec	

Problème/document	Référence à la Politique	Mention dans la bibliographie
	rendue publique en juin dernier. »	
- <i>L'usage de drogues et l'épidémie du VIH, Cadre de référence pour la prévention, Centre québécois de coordination sur le sida, MSSS, 1994.</i>	p. 5 « Ce cadre de référence s'inscrit dans la politique de santé et de bien-être du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec qui stipule qu'il faut renforcer les activités préventives en consolidant l'action directe auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection. »	
- <i>Stratégie québécoise de lutte contre le sida – Phase 4 – Orientations 1997-2002, MSSS, 1997.</i>	p. 7 « Afin d'intervenir en amont des problèmes, une grande place est accordée à la prévention de la transmission du VIH et à la promotion de la santé et du bien-être. C'est à la Politique de santé et de bien-être que se réfèrent principalement les orientations. »	
- <i>L'infection par le VIH et la grossesse, programme d'intervention, MSSS, 1997.</i>	Aucune référence à la Politique	
- <i>Stratégie québécoise de lutte contre le sida – Phase 4 – Plan d'action 1998-2000 du Centre québécois de coordination sur le sida, MSSS, 1998.</i>	Aucune référence à la Politique	
- <i>Évaluation du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement, 1993-1997, MSSS, mars 1999.</i>	Aucune référence à la Politique	
- <i>Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes – Cadre de référence pour la prévention de la transmission de l'infection au VIH, MSSS, 1999.</i>	p. 12 « En 1992, le MSSS, dans sa Politique de la santé et du bien-être, prenait un virage promotion/prévention en invitant les intervenants à agir sur les déterminants de la santé et les encourageait à viser, dans leurs interventions, la promotion de la santé et du bien-être et la prévention des problèmes sociaux et de santé. »	X

Problème/document	Référence à la Politique	Mention dans la bibliographie
- <i>Stratégie québécoise de lutte contre les MTS – Orientations 2000-2002</i> , MSSS, 2000.	p. 9 « [...] Elle s'appuie sur les grands principes de la Politique de la santé et du bien-être et sur ceux des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 pour tracer les orientations à prendre dans le domaine des MTS. »	
- <i>Le dépistage anonyme du VIH : Vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales – Orientations</i> , MSSS, 2001.	p. 20 « En tant que responsable des orientations générales en matière de politique de santé et de bien-être, le Ministère a décidé de mettre en place de nouvelles orientations qui amélioreront les services de dépistage offerts aux populations vulnérables ou à risque et qui accroîtront les connaissances des intervenants. »	
14 LES MALADIES INFECTIEUSES		
- <i>Protocole d'immunisation du Québec</i> , MSSS, 1995 et 1999.	Aucune référence à la Politique	
- <i>Priorités nationales de santé publique 1997-2002</i> , MSSS, 1997.	p. 17 « Dans le cadre de la Politique de la santé et du bien-être, les régions ont établi leurs priorités en fonction des caractéristiques de leur population et ont inclus dans leur planification des actions s'attachant particulièrement à la promotion et à la prévention. »	
- <i>Normes et procédures de gestion des produits immunisants</i> , MSSS, 1998.	Aucune référence à la Politique	
- <i>Cahier d'autoformation et de perfectionnement – Protocole, Cap 1, Principes d'immunologie et d'immunisation</i> , MSSS, 2000.	p. iii « Le ministère de la Santé et des Services sociaux a en effet annoncé dans la Politique de la santé et du bien-être son intention d'éliminer la rougeole, la rubéole, la diphtérie, le tétanos, les oreillons et la poliomyélite et de réduire la coqueluche et les infections invasives à <i>Hæmophilus influenzae</i> de type b à moins de 100 cas et de 50 cas respectivement par année d'ici 2002. »	

Problème/document	Référence à la Politique	Mention dans la bibliographie
15 LES PROBLÈMES DE SANTÉ DENTAIRE		
- <i>Guide de référence pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire et prothétique des personnes en perte d'autonomie</i> , MSSS, 1997.	Aucune référence à la Politique	
16 LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE		
- <i>L'implantation de deux services externes en santé mentale : éléments descriptifs – Hôpital de jour/Centre de jour</i> , MSSS, 1996.	Aucune référence à la Politique	
- <i>Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale</i> , MSSS, février 1997.	p. 120 « La nouvelle Politique de santé mentale sera appelée à faire sienne la recommandation de la Politique de la santé et du bien-être d'accentuer les activités de promotion et de prévention pour tous les citoyens et citoyennes, particulièrement dans les groupes les plus vulnérables [...]. »	
- <i>Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale</i> , MSSS, 1998.	Aucune référence à la Politique	
- <i>Organisation des services de santé mentale dans la communauté : enseignements à tirer de la recherche évaluative</i> , MSSS, 1998.	Aucune référence à la Politique	
- <i>Guide de pratique sur les droits en santé mentale. Réponse aux questions des familles et des membres de l'entourage de la personne ayant des problèmes de santé mentale</i> , MSSS, 1999.	Aucune référence à la Politique	
- <i>Surmonter un problème de santé mentale au travail – Guide à l'intention des gestionnaires</i> , MSSS, 2000.	p. 6 « Ce guide vise une meilleure compréhension de la dynamique des problèmes de santé mentale au travail. Il souhaite également sensibiliser les gestionnaires à la nature des obstacles pour les personnes qui ont des incapacités, et aux moyens de ré-	

Problème/document	Référence à la Politique	Mention dans la bibliographie
	<i>duire ces obstacles, dans le but d'améliorer l'accès au travail et favoriser le maintien en emploi des personnes aux prises avec un problème grave de santé mentale, comme le recommande la Politique de la santé et du bien-être [...]. »</i>	
- <i>Troubles de déficit de l'attention/hyperactivité, Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes – Plan d'action, MSSS, MEQ, 2000.</i>	Aucune référence à la Politique	
- <i>TDAH. Rapport du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central, MSSS, MEQ, 2000.</i>	Aucune référence à la Politique	
- <i>Accentuer la transformation des services de santé mentale. Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000, MSSS, 2001.</i>	Aucune référence à la Politique	
- <i>Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale, MSSS, 2002.</i>	Aucune référence à la Politique	
- <i>Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale, MSSS, 2002.</i>	Aucune référence à la Politique	
17 LE SUICIDE		
- <i>Stratégie québécoise d'action face au suicide, MSSS, 1998.</i>	p. 10 « Compte tenu de l'évolution actuelle des taux de suicide, le Ministère considère qu'il est peu probable d'atteindre l'objectif de 15 % de réduction du nombre de suicides d'ici l'an 2002, tel que cela a été formulé dans la Politique de la santé et du bien-être. »	X

Problème/document	Référence à la Politique	Mention dans la bibliographie
18 LES OBSTACLES À L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES ÂGÉES		
- <i>Plan d'action triennal 93-96 Kino-Québec</i> , Ministère du Loisir, de la Chasse et de la Pêche, Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux, MSSS, 1993.	p. 1 « [...] le deuxième plan d'action triennal Kino-Québec souligne notre volonté ferme de poursuivre une action concertée pour la promotion de l'activité physique au Québec et représente la contribution de ce champ d'action à la politique gouvernementale de la santé et du bien-être. »	
- <i>L'Hôpital de jour</i> , Direction de l'intégration sociale, MSSS, 1994.	P. 5 « La politique de santé et de bien-être rappelle les liens multiples que les facteurs économiques, sociaux et culturels entretiennent avec les autres déterminants de la santé et du bien-être et l'influence qu'ils exercent selon les situations. »	X
- <i>Les services à domicile de première ligne – Cadre de référence</i> , MSSS, 1994*. * Document également cité en lien avec le problème n° 19.	p. 1 « Le nouveau contexte relatif à la réforme, la législation qui en découle et la Politique de la santé et du bien-être du gouvernement du Québec s'ajoutent aux éléments qui incitent le Ministère à énoncer un cadre de référence en matière de services à domicile de première ligne offerts par les centres locaux de services communautaires (CLSC). »	
- <i>Guide de prévention des chutes en centre d'hébergement et de soins de longue durée</i> , MSSS, 1995.	Aucune référence à la Politique	
- <i>Allocation directe – Orientations et éléments d'encadrement : propositions</i> , Direction de l'intégration sociale, MSSS, 1995.	Aucune référence à la Politique	
- <i>Les ressources intermédiaires – Cadre de référence</i> , MSSS, juillet 1998.	p. 1 « Ce cadre conceptuel et financier a comme principaux points d'assise la Politique de la santé et du bien-être qui préconise que le développement et la mise en place des ressources intermédiaires prennent notamment en compte l'importance de privilégier les interventions dans le milieu en investis-	

Problème/document	Référence à la Politique	Mention dans la bibliographie
	sant davantage dans des ressources souples d'hébergement dans la communauté [...]. »	
- <i>Guide d'aménagement des centres d'hébergement et de soins de longue durée. Édifices neufs, rénovation d'édifices existants</i> , Service de l'expertise, de la normalisation et des contrats, MSSS, 1999.	Aucune référence à la Politique	
- <i>Le Québec et ses aînés : engagés dans l'action – Engagements et perspectives 2001-2004</i> , Famille et Enfance Québec, septembre 2001 (plan intersectoriel).	Aucune référence à la Politique	
- <i>Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie</i> , MSSS, 2001.	p. 21 « Une des voies prioritaires retenues par la Politique de la santé et du bien-être touchait la réorganisation des services sociosanitaires et proposait un réaménagement qui met à contribution l'ensemble des ressources pour assurer le maintien de l'intégration des aînés à leur communauté [...]. »	
19 LES SITUATIONS DE HANDICAP CHEZ LES PERSONNES QUI ONT DES INCAPACITÉS		
- <i>Programme de réadaptation fonctionnelle intensive pour une clientèle adulte ayant une déficience motrice</i> , MSSS, 1992.	Aucune référence à la Politique	
- <i>Les services à domicile de première ligne – Cadre de référence</i> , MSSS, 1994*. * Document également cité en lien avec le problème n° 18.	p. 1 « Le nouveau contexte relatif à la réforme, la législation qui en découle et la Politique de la santé et du bien-être du gouvernement du Québec s'ajoutent aux éléments qui incitent le Ministère à énoncer un cadre de référence en matière de services à domicile de première ligne offerts par les centres locaux de services communautaires (CLSC). »	
- <i>Orientations ministérielles « Pour une véritable participation à la vie de la communauté – Un continuum intégré de ser-</i>	p. 1 « L'objectif 19 de la Politique de la santé et du bien-être propose la réduction, d'ici l'an 2002, des situations de handicap pour les personnes ayant des	

Problème/document	Référence à la Politique	Mention dans la bibliographie
<p><i>vices en déficience physique</i> », Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS, 1995.</p>	<p>incapacités. »</p>	
<p>- <i>L'organisation des services aux personnes autistes, à leur famille et à leurs proches – Guide de planification et d'évaluation</i>, MSSS, 1996.</p>	<p>p. 12 « Ce guide s'appuie aussi sur la Politique de la santé et du bien-être, qui poursuit entre autres objectifs celui de "diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles que soient l'origine et la nature de ces incapacités". »</p>	
<p>- <i>L'intégration au travail des personnes handicapées soutenues par les établissements socio-sanitaires</i>, MSSS, avril 1999.</p>	<p>Aucune référence à la Politique</p>	
<p>- <i>De l'intégration sociale à la participation sociale – Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches. Un engagement renouvelé du réseau de la santé et des services sociaux</i>, MSSS, 2001.</p>	<p>Aucune référence à la Politique</p>	<p>X</p>
<p>- <i>De l'intégration sociale à la participation sociale – Plan d'action de la politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches</i>, MSSS, 2001.</p>	<p>Aucune référence à la Politique</p>	

ANNEXE 13
RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE ADMINISTRÉ
AUX PERSONNES AYANT PARTICIPÉ
À LA TOURNÉE DES RÉGIONS

**RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE ADMINISTRÉ
AUX PERSONNES AYANT PARTICIPÉ À LA TOURNÉE DES RÉGIONS**

**François Béland
Service de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux**

Mai 2002

RÉSUMÉ

Au cours des journées de consultation régionale organisées dans le cadre du renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être, un questionnaire a été utilisé à la fin de chacune des rencontres portant sur le bilan de la mise en œuvre de la politique de 1992.

Ce questionnaire reprenait les différents thèmes abordés au cours des entrevues, afin d'obtenir une mesure plus quantitative sur les points de vue de chacun des participants.

Chaque thème a été décomposé en différents énoncés à propos desquels les répondants devaient indiquer leur degré d'accord selon une échelle de 1 à 6, 1 indiquant un désaccord complet et 6, un accord complet avec l'énoncé. Les thèmes abordés étaient ceux annoncés dans le document de consultation remis aux participants et participantes avant la rencontre, à savoir :

- les retombées de la Politique dans son ensemble (mobilisation, prise de décision, vision, réalisations, allocation de ressources);
- les retombées des objectifs et des voies d'action prioritaires;
- les retombées des stratégies (renforcement du potentiel des personnes, amélioration des conditions de vie, etc.);
- les retombées selon les champs d'intervention (santé physique, santé mentale, santé publique, adaptation sociale, intégration sociale);
- les retombées selon le niveau d'intervention et de responsabilité (échelle régionale et locale);
- les retombées selon la période (premières années après l'implantation, années qui ont suivi la transformation du réseau).

On peut retrouver dans le *Recueil d'annexes méthodologiques* du rapport le document de consultation ainsi que le modèle de questionnaire utilisé.

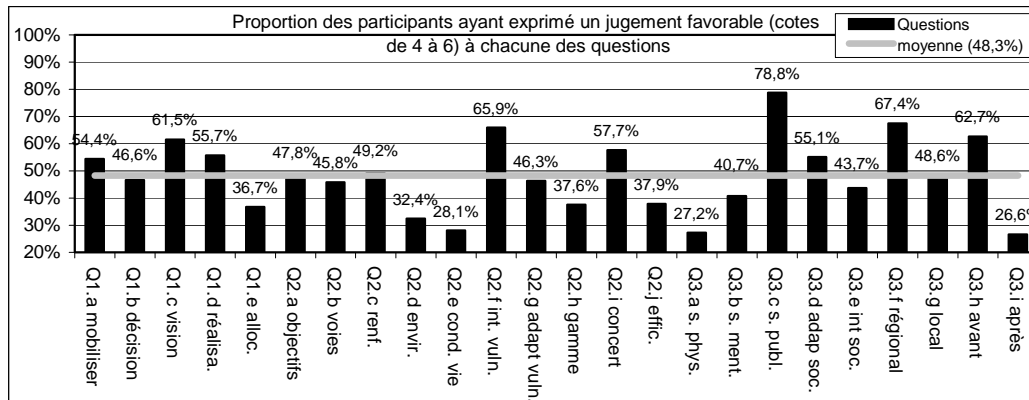
Les répondants

- Le taux de réponse au questionnaire est de 97 % et la marge d'erreur se situe à ± 7 %.
- Près de 40 % des répondants sont rattachés aux régies régionales, que ce soit dans les directions d'organisation des services ou dans les directions de santé publique. Un peu moins du tiers proviennent des établissements du réseau et un peu plus de 10 % proviennent du milieu communautaire. Les autres répondants, soit près de 20 %, se sont identifiés comme appartenant à plus d'une catégorie ou comme provenant d'autres secteurs.

Aperçu des résultats

- Plus de la moitié des répondants considèrent que la Politique, de façon générale, a surtout contribué à faire progresser la vision de la santé et du bien-être et à mobiliser les acteurs et qu'elle a suscité des réalisations significatives dans la région.
- Ils sont moins nombreux à considérer qu'elle a permis d'orienter l'allocation des ressources de manière à réduire les écarts de santé et de bien-être.
- Plus de 65 % des répondants estiment que la Politique a significativement contribué à intensifier les actions auprès des groupes et dans les territoires les plus vulnérables.
- Par ailleurs, moins du tiers des répondants sont d'avis que la Politique a significativement contribué à orienter les actions vers l'amélioration de l'environnement physique et social ou vers l'amélioration des conditions de vie.
- Dans l'ensemble, les répondants considèrent que la Politique a eu ses effets les plus significatifs sur la mobilisation et la prise de décision dans le champ de la santé publique, et qu'elle a eu ses effets les moins significatifs dans le champ de la santé physique.
- Ces effets sont également perçus comme plus significatifs dans les interventions régionales que dans les interventions locales.
- Ces effets sont perçus comme ayant été nettement moins importants pendant les années qui ont suivi la transformation du réseau que pendant les premières années suivant l'adoption de la Politique.
- Le rattachement des répondants à l'une ou l'autre catégorie d'organisme semble peu influencer le jugement global qu'ils portent sur les sujets abordés, à l'exception toutefois des organismes communautaires, qui jugent plus sévèrement les retombées de la Politique.

Résultats pour chacun des énoncés



Sur la totalité des 24 énoncés constituant le questionnaire, neuf furent entérinés par une proportion plus grande que la moitié des répondants.

À trois occasions, la proportion de répondants en accord avec l'énoncé a atteint 65 % et plus. L'un de ces énoncés porte sur la contribution des stratégies d'ensemble proposées dans la Politique à l'orientation des actions vers des interventions plus intensives auprès des groupes et dans les territoires les plus vulnérables. Les deux autres traitent de l'effet mobilisateur de la Politique sur les acteurs, l'orientation des efforts et le soutien à la prise de décision :

- dans le champ de la santé publique;
- à l'échelle régionale.

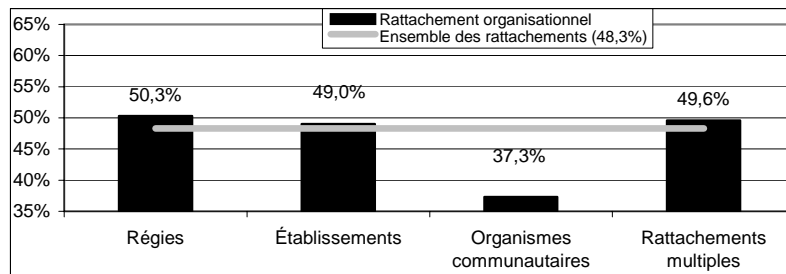
Il y a eu également quatre énoncés pour lesquels la proportion atteinte n'a pas dépassé 35 %. Deux de ces énoncés portent sur la contribution de la Politique à l'orientation des actions vers l'amélioration :

- de l'environnement physique et social;
- des conditions de vie.

Les deux autres portent sur la contribution de la Politique à la mobilisation des acteurs, à l'orientation des efforts et au soutien à la prise de décision :

- dans le champ de la santé physique;
- au cours des années qui ont suivi la transformation du réseau.

Résultats selon le rattachement organisationnel des participants



Sur l'ensemble du questionnaire, le rattachement organisationnel semble peu influencer le jugement global porté sur les énoncés. Le groupe des organismes communautaires semble toutefois constituer une exception. Les organismes communautaires présentent, pour l'ensemble du questionnaire et à chacun des thèmes abordés, la plus faible proportion de répondants en accord. Pour aucun de ces thèmes, les répondants de leur groupe ne forment une proportion majoritaire en accord avec l'ensemble du thème.

Ce n'est seulement qu'à 7 occasions sur 24 que les participants de ce groupe ont exprimé, dans une proportion d'au moins la moitié des répondants le composant, être en accord avec l'un des énoncés.

Rattachement organisationnel	Total
Régie régionale (incluant DSP)	71
Mouvement communautaire	22
CLSC ou CS	24
CH	8
CHSLD	0
Centre jeunesse	13
Centre de réadaptation	13
Rattachements multiples	9
Autres	25
<i>Non identifié</i>	3
Total	188

Le nombre moyen d'années d'implication dans le domaine de la santé et des services sociaux qu'ont indiqué avoir les participants est de 20,75 années. La grande majorité de ceux-ci, soit 86 %, sont impliqués depuis ou avant l'adoption de la Politique (1992).

Taux de réponse

Le taux de réponse aux différentes questions (énoncés), prises isolément, varie entre 86 % et 97 %. La marge d'erreur des résultats présentés se situe à ± 7 %.

Ces 24 questions se regroupent pour constituer six thèmes précis. Le taux de réponse à ces différents thèmes varie entre 88 % et 96 %. Les thèmes regroupent des questions qui sont relatives :

- à la Politique dans son ensemble (taux de réponse de 96 %),
- aux objectifs (taux de réponse de 95 %),
- aux stratégies (taux de réponse de 94 %);

et à la portée de la Politique selon :

- le champ d'intervention (taux de réponse de 88 %),
- le niveau d'intervention et de responsabilité (taux de réponse de 92 %),
- la période (taux de réponse de 91 %).

Échelle de mesure utilisée

Les répondants ont exprimé leur degré d'accord avec chacun des énoncés, sur une échelle graduée en 6 points variant de 1 (pas du tout) à 6 (tout à fait). Dans le but de simplifier la présentation des résultats, les réponses sont ici regroupées en deux catégories :

- en désaccord ou faible adhésion (codes-réponses 1 à 3 du questionnaire);
- en accord (codes-réponses 4 à 6 du questionnaire).

Par souci de concision, les résultats présentés porteront toujours (à moins de précision contraire) sur la proportion de répondants qui se sont dits en accord avec l'énoncé (le regroupement des codes-réponses 4 à 6 du questionnaire).

De plus, pour les fins de l'analyse, le rattachement organisationnel des répondants est catégorisé selon les regroupements suivants :

- les régies (incluant les DSP) : Personnes ayant indiqué un rattachement à une régie régionale et à aucun ou au maximum à l'un de ces types d'établissements (CLSC ou CS; CHSGS; CHSLD; CJ; CR);
- les établissements : Personnes ayant indiqué un rattachement exclusivement à l'un ou plusieurs de ces types d'établissements (CLSC ou CS; CHSGS; CHSLD; CJ; CR);
- les organismes communautaires : Personnes ayant indiqué, uniquement, un rattachement à un organisme communautaire;
- les rattachements multiples : Personnes ayant indiqué un rattachement multiple ne correspondant pas à l'une des trois catégories précédentes et/ou ayant indiqué un rattachement autre (ex : municipalité, CRD) que ceux énumérés.

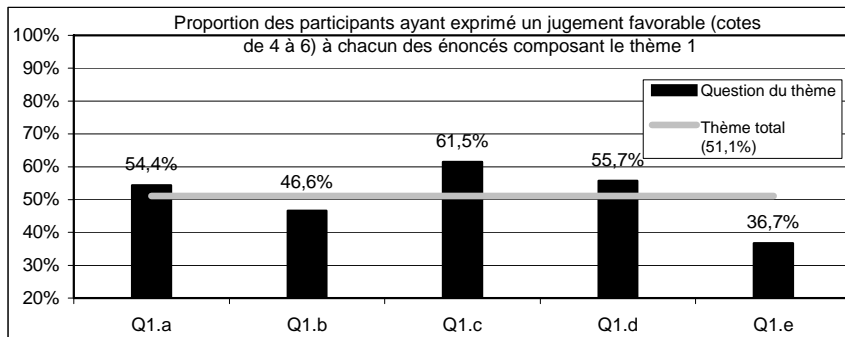
Rattachement organisationnel	Total
Régies	78
Établissements	71
Organismes communautaires	22
Rattachements multiples	14
<i>Non identifié</i>	3
Total	188

Résultats détaillés par thème

Thème 1 :

Énoncés relatifs à la Politique dans son ensemble

Q1.a	La Politique a significativement contribué à mobiliser les acteurs
Q1.b	La Politique a été un outil significatif pour soutenir la prise de décision
Q1.c	La Politique a contribué à faire progresser vers une vision de la santé et du bien-être comme résultant d'une interaction constante entre l'individu et son milieu (« la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu, etc. »)
Q1.d	La Politique a suscité des réalisations significatives dans la région
Q1.e	La Politique a permis d'orienter l'allocation des ressources de manière à intensifier l'action auprès des communautés et des territoires où sont concentrés les groupes vulnérables, et à réduire les écarts de santé et de bien-être



Un peu plus de la moitié des participants (54 %) croient à l'effet mobilisateur de la Politique sur les acteurs du réseau (Q1.a). Il est intéressant de constater que chacun des quatre groupes de rattachements organisationnels s'est montré en accord (50 % et plus) avec cet énoncé, les répondants des régions plus particulièrement, dans une proportion de 57 %.

Une proportion un peu moins élevée de répondants (47 %) considèrent la Politique comme ayant été un outil significatif pour soutenir la prise de décision (Q1.b). Il s'agit de l'un des plus faibles résultats pour ce thème. Ce résultat est influencé particulièrement par le peu de répondants (27 %) des organismes communautaires qui partagent cette opinion, alors que cette proportion chez les autres groupes se situe entre 44 % et 50 %.

Une majorité de participants (62 %) estiment que la Politique a contribué à faire progresser vers une vision de la santé et du bien-être comme résultant d'une interaction constante entre l'individu et son milieu (« la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu, etc. ») (Q1.c). Ce résultat semble issu d'opinions fort diversifiées selon le rattachement.

ment des répondants. En effet, il existe un écart de 32 % entre le résultat le plus favorable (82 %, rattachements multiples) et le moins favorable (50 %, organismes communautaires).

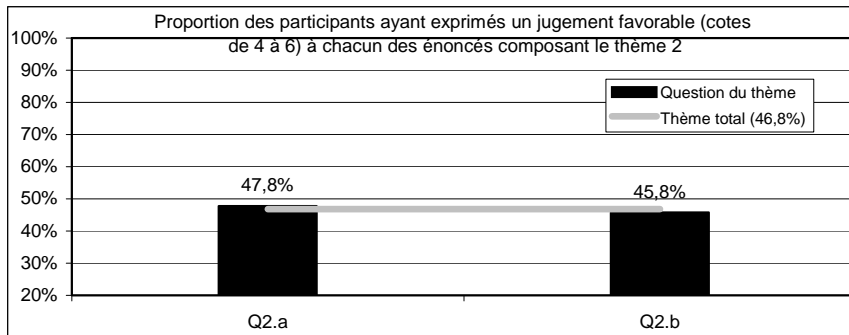
Les répondants semblent d'accord, dans une proportion de 56 %, avec l'affirmation attribuant à la Politique le mérite d'avoir suscité des réalisations significatives dans leur région (Q1.d) et plus particulièrement ceux des établissements (61 %). Seuls les répondants des organismes communautaires (46 %) sont moins nombreux à adhérer à cet énoncé.

Concernant l'influence de la Politique sur l'allocation des ressources (Q1.e), c'est dans une proportion de 37 % que les répondants ont exprimé leur accord avec l'énoncé. Il s'agit du plus faible résultat relativement à ce thème. Aucun des quatre groupes de rattachements n'a manifesté son accord à plus de 40 %, les répondants des organismes communautaires étant aussi peu que 23 % à avoir adhéré à l'énoncé.

**Thème 2 :
Énoncés relatifs aux objectifs**

Q2.a	Les objectifs fixés dans la Politique ont significativement contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision en faveur de la santé et du bien-être
Q2.b	Les voies d'action prioritaires ont significativement contribué à inspirer le choix des moyens d'action

Résultats aux questions composant le thème 2



Un peu moins de la moitié des répondants (48 %) considèrent que les objectifs fixés dans la Politique ont significativement contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision (Q2.a). Ce résultat semble issu d'opinions diversifiées, un écart de 28 % existant entre le groupe le plus favorable (58 %, rattachements multiples) et le moins favorable (40 %, organismes communautaires).

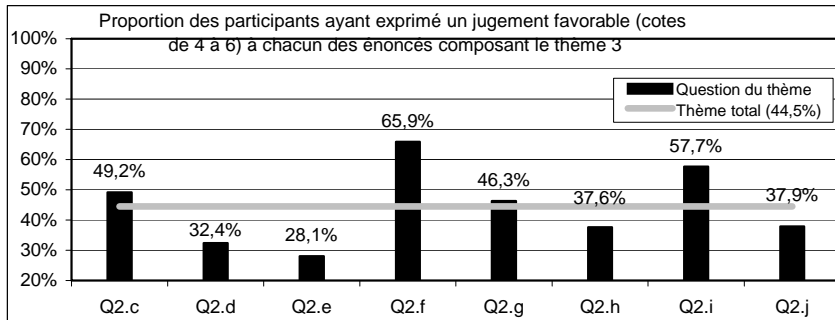
Une proportion semblable de participants (46 %) estiment que les voies d'action prioritaires ont significativement contribué à inspirer le choix des moyens d'action (Q2.b), une appréciation qui semble similaire chez tous les groupes de rattachements (les proportions se situent toutes entre 40 % et 46 %), à l'exception du groupe à rattachements multiples, dont la proportion de participants en accord s'élève à 67 %.

Thème 3 :

Énoncés relatifs aux stratégies

Q2.c	Les stratégies d'ensemble proposées dans la Politique ont contribué à orienter les actions vers le renforcement du potentiel des individus
Q2.d	Les stratégies d'ensemble proposées dans la Politique ont contribué à orienter les actions vers l'amélioration de l'environnement physique et social
Q2.e	Les stratégies d'ensemble proposées dans la Politique ont contribué à orienter les actions vers l'amélioration des conditions de vie
Q2.f	Les stratégies d'ensemble proposées dans la Politique ont contribué à orienter les actions vers des interventions plus intensives auprès des groupes et des territoires les plus vulnérables
Q2.g	Les stratégies d'ensemble proposées dans la Politique ont contribué à orienter les actions vers des interventions mieux adaptées aux valeurs et au style de vie des groupes plus vulnérables
Q2.h	Les stratégies d'ensemble proposées dans la Politique ont contribué à orienter les actions vers une organisation des services qui assure un équilibre et une plus grande intégration de la gamme des interventions , allant de la prévention/ promotion au traitement et à la réadaptation
Q2.i	Les stratégies d'ensemble proposées dans la Politique ont contribué à orienter les actions vers une plus grande concertation avec les autres secteurs
Q2.j	Les stratégies d'ensemble proposées dans la Politique ont contribué à orienter les actions vers le recours aux interventions les plus efficaces et les moins coûteuses

Résultats aux questions composant le thème 3



Près de la moitié des participants (49 %) considèrent que les stratégies d'ensemble proposées dans la Politique ont contribué à orienter les actions vers le renforcement du potentiel des individus (Q2.c). Il s'agit de l'un des trois plus forts résultats obtenus pour ce thème qui compte huit questions. Cette proportion, lorsque examinée selon les divers groupes, est nuancée. Les participants des établissements ont dans la plus forte proportion (59 %) exprimé cet avis, alors que ceux des organismes communautaires furent les moins nombreux (21 %). Il s'agit d'un écart important de 38 % entre les deux groupes.

Concernant la contribution des stratégies d'ensemble proposées dans la Politique à l'orientation des actions vers l'amélioration de l'environnement physique et social (Q2.d), seule une proportion de 32 % de l'ensemble des répondants a exprimé son accord avec cet énoncé. Il s'agit de l'un des deux plus faibles résultats relativement à ce thème. Ce sont encore une fois les participants des établissements qui ont exprimé un avis favorable dans la plus forte proportion (38 %), alors que ceux des organismes communautaires sont les moins nombreux (21 %).

Une très faible proportion des répondants (28 %) considèrent que les stratégies d'ensemble proposées dans la Politique ont contribué à orienter les actions vers l'amélioration des conditions de vie (Q2.e). Il s'agit du plus faible résultat pour ce thème. Si l'on décompose cette donnée, on constate que sur ces 28 %, seuls 8 % des répondants ont un fort degré d'accord (codes-réponses 5 et 6 du questionnaire) avec l'énoncé. Notons qu'une fois de plus, ce sont les participants du groupe des établissements (34 %) et ceux des organismes communautaires (16 %) qui représentent les positions extrêmes.

La majorité (66 %) des répondants est en accord avec l'énoncé voulant que les stratégies d'ensemble proposées dans la Politique aient contribué à orienter les actions vers des interventions plus intensives auprès des groupes et dans les territoires les plus vulnérables (Q2.f). Cette proportion est la plus élevée pour ce thème, et même pour l'ensemble du questionnaire. En ce qui concerne les rattachements organisationnels, seul le groupe des organismes communautaires compte moins de la moitié de ses répondants en accord avec l'énoncé (47 %).

Un peu moins de la moitié (46 %) des participants considèrent que les stratégies d'ensemble proposées dans la Politique ont contribué à orienter les actions vers des interventions mieux adaptées aux valeurs et au style de vie des groupes plus vulnérables (Q2.g). Cette appréciation

semble partagée par tous les groupes de rattachements (proportions de 45 % et plus), à l'exception du groupe des organismes communautaires, dont la proportion de participants en accord est aussi faible que 15 %, résultat le plus bas obtenu chez ce groupe sur l'ensemble des énoncés du questionnaire.

Un peu plus du tiers (37 %) des répondants semblent d'accord avec l'affirmation attribuant aux stratégies d'ensemble proposées dans la Politique le mérite d'avoir contribué à orienter les actions vers une organisation des services qui assure un équilibre et une plus grande intégration de la gamme des interventions, allant de la prévention/promotion au traitement et à la réadaptation (Q2.h). Cette appréciation est répartie similairement entre tous les groupes de rattachements (les proportions se situent toutes entre 40 et 42 %), à l'exception du groupe des organismes communautaires, dont la proportion de participants en accord est deux fois moins grande (20 %).

Les répondants appuient dans une proportion de 58 % l'affirmation attribuant aux stratégies d'ensemble proposées dans la Politique une contribution à l'orientation des actions vers une plus grande concertation avec les autres secteurs (Q2.i). Seuls les répondants aux rattachements multiples (46 %) semblent avoir une opinion moins favorable.

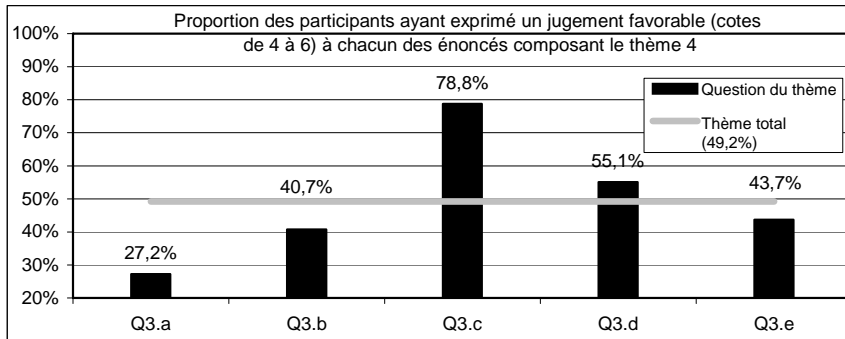
Un fragment minoritaire de l'ensemble des répondants semble entériner (37 %) l'affirmation attribuant aux stratégies d'ensemble proposées dans la Politique une contribution à l'orientation des actions vers le recours aux interventions les plus efficaces et les moins coûteuses (Q2.j). Décomposé selon les divers rattachements organisationnels, ce résultat montre un écart important (de 39 %) entre le groupe à rattachements multiples (60 %) et celui des organismes communautaires (21 %).

Thème 4 :

Énoncés relatifs aux retombées de la Politique selon le champ d'intervention

Q3.a	La Politique a significativement contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision dans le champ de la santé physique
Q3.b	La Politique a significativement contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision dans le champ de la santé mentale
Q3.c	La Politique a significativement contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision dans le champ de la santé publique
Q3.d	La Politique a significativement contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision dans le champ de l'adaptation sociale
Q3.e	La Politique a significativement contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision dans le champ de l'intégration sociale

Résultats aux énoncés composant le thème 4



Les répondants, dans une proportion très faible (27 %), considèrent que la Politique a significativement contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision dans le champ de la santé physique (Q3.a). Il s'agit du plus faible résultat pour ce thème. On constate, en décomposant cette valeur, que sur ces 27 %, seuls 7 % des répondants expriment un fort degré d'accord (codes-réponses 5 et 6 du questionnaire) avec l'énoncé. Aucun des quatre groupes de rattachements n'a obtenu un résultat supérieur à 40 %, les participants des régions étant aussi peu que 23 % à avoir cette appréciation.

Concernant le fait que la Politique a contribué, dans le champ de la santé mentale, à significativement mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision (Q3.b), c'est dans une proportion de 41 % que les répondants ont exprimé leur accord avec l'énoncé. Ce sont les participants des établissements qui ont exprimé cet avis dans la plus faible proportion (32 %).

Une forte majorité des répondants (79 %) entérinent l'énoncé voulant que la Politique ait significativement contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision dans le champ de la santé publique (Q3.c). La proportion de répondants en accord avec cet énoncé est la plus élevée pour ce thème, mais aussi pour l'ensemble du questionnaire. On constate, en décomposant cette valeur, que sur ces 79 %, une grande proportion (46 %) des répondants a un fort degré d'accord (codes-réponses 5 et 6 du questionnaire) avec l'énoncé. En ce qui concerne les rattachements organisationnels, tous présentent une majorité de répondants ayant un avis favorable, le minimum étant aussi élevé que 65 %.

Les répondants sont d'accord (dans une proportion de 55 %) avec l'énoncé portant sur les retombées de la Politique dans le champ de l'adaptation sociale (Q3.d) et plus particulièrement ceux des régions (62 %). Les répondants des organismes communautaires (38 %) ne semblent toutefois pas partager cette opinion.

Moins de la moitié (44 %) des participants considèrent que la Politique a significativement contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision dans le champ de l'intégration sociale (Q3.e). À l'inverse des résultats observés pour les autres énoncés, cette appréciation semble faire consensus parmi les différents groupes de rattachements

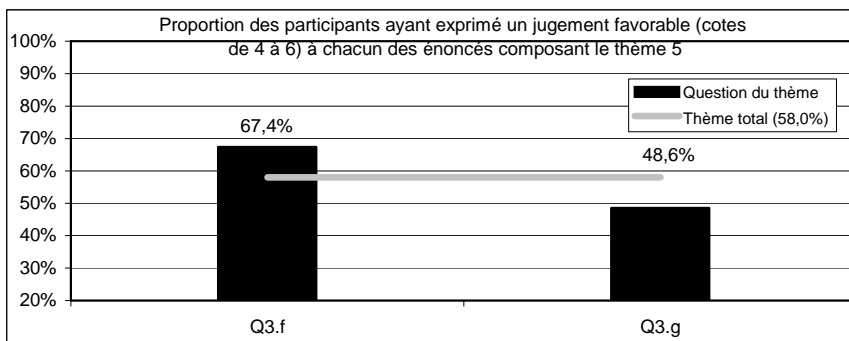
organisationnels; les répondants des organismes communautaires font encore une fois exception, mais cette fois-ci en exprimant leur accord dans une proportion majoritaire (56 %).

Thème 5 :

Énoncés relatifs aux retombées de la Politique selon le niveau d'intervention et de responsabilité

Q3.f	La Politique a significativement contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision au niveau régional
Q3.g	La Politique a significativement contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision au niveau local

Résultats aux questions composant le thème 5



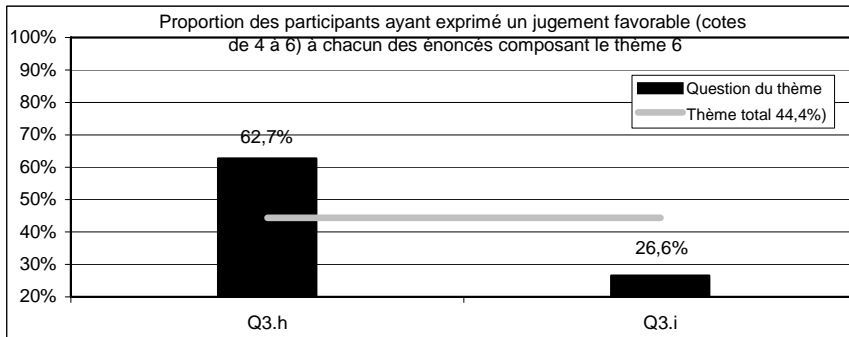
La proportion (67 %) de répondants en accord avec l'énoncé voulant que la Politique ait significativement contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision à l'échelle régionale (Q3.f) est non seulement la plus élevée pour ce thème, mais aussi l'une des plus élevées pour l'ensemble du questionnaire. Tous les groupes de rattachements organisationnels présentent une proportion importante de répondants en accord avec l'énoncé, celle-ci variant de 53 % (organismes communautaires) à 78 % (rattachements multiples).

Un peu moins de la moitié (49 %) des répondants considèrent que la Politique a significativement contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision à l'échelle locale (Q3.g). Ce jugement semble différer selon le rattachement organisationnel des répondants. Deux groupes (établissements, 55 %, et rattachements multiples, 60 %) sont majoritairement en accord avec l'énoncé, les deux autres groupes (organismes communautaires, 39 %, et régies, 43 %) ne comptant qu'une minorité de répondants de cette opinion.

Thème 6 :
Énoncés relatifs aux retombées de la Politique selon la période

Q3.h	La Politique a significativement contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision au cours des premières années suivant son adoption
Q3.i	La Politique a significativement contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision au cours des années qui ont suivi la transformation du réseau

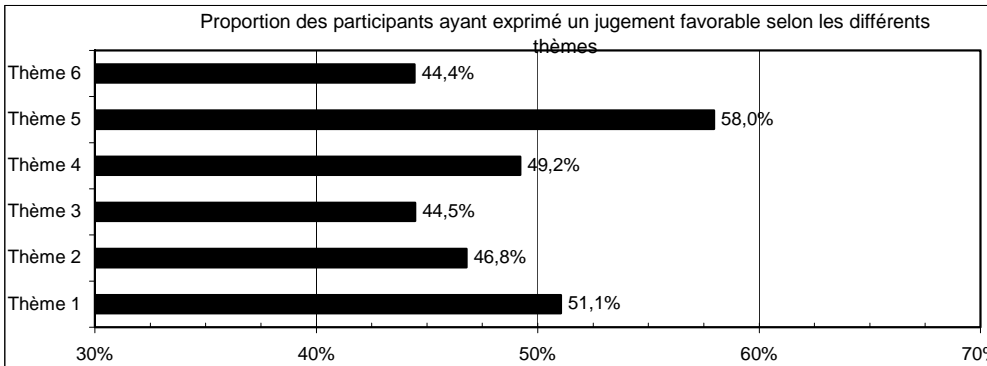
Résultats aux questions composant le thème 6



Une majorité (63 %) des répondants acquiescent à l'affirmation voulant que la Politique ait contribué à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision au cours des premières années suivant son adoption (Q3.h). En décomposant cette valeur, on constate que sur ces 63 %, une grande proportion (36 %) des répondants ont un fort degré d'accord (codes-réponses 5 et 6 du questionnaire) avec l'affirmation. Cela est le fait de tous les groupes de rattachements. Bien qu'il existe un écart de 18 % entre le résultat le plus favorable (71 %, régies) et le moins favorable (53 %, organismes communautaires), tous sont positifs à ce sujet.

Seule une fraction minoritaire (27 %) des répondants semblent d'accord avec l'affirmation que la Politique a contribué significativement à mobiliser les acteurs, à orienter les efforts et à soutenir la prise de décision au cours des années qui ont suivi la transformation du réseau (Q3.i). Si l'on décompose cette donnée, on constate que sur ces 27 %, seuls 6 % des répondants ont un fort degré d'accord (codes-réponses 5 et 6 du questionnaire) avec l'affirmation. Cette appréciation est sensiblement identique peu importe le groupe de rattachement des répondants (les proportions se situent toutes entre 25 et 33 %).

Comparaison entre les thèmes



C'est une proportion de 51 % des répondants qui portent, dans l'ensemble, un jugement en accord avec les énoncés du thème 1, qui traite de la Politique dans son ensemble. Ce thème comportait cinq questions, pour lesquelles les résultats obtenus varient entre 37 % (Q1.e) et 62 % (Q1.c). Ce thème est l'un des deux seuls obtenant l'accord de plus de 50 % des répondants.

Un peu moins de la moitié des répondants (47 %) entérinent, dans l'ensemble, les énoncés du second thème, qui aborde des éléments relatifs aux objectifs. Les résultats obtenus à chacun des deux énoncés sont respectivement de 48 % (Q2.a) et de 46 % (Q2.b).

Moins de la moitié (45 %) des répondants indiquent être globalement en accord avec les huit énoncés du troisième thème, qui traite des stratégies. Sur huit énoncés, seulement deux obtiennent l'accord d'une proportion majoritaire (58 et 66 %) de répondants. Les résultats obtenus pour chacun de ces énoncés varient entre 28 % (Q2.e) et 66 % (Q2.f). Ce thème obtient le moins bon résultat parmi tous les thèmes (à égalité avec le sixième).

Près de la moitié (49 %) des répondants portent un jugement globalement en accord avec les énoncés relatifs à la portée de la Politique selon les champs d'intervention, quatrième thème abordé. La proportion de répondants en accord avec les différents énoncés varie cependant entre 27 % (Q3.a) et 79 % (Q3.c).

La majorité (58 %) des répondants sont, dans l'ensemble, en accord avec les énoncés sur la portée de la Politique selon le niveau d'intervention et de responsabilité, cinquième thème du questionnaire. Cette proportion est la plus forte obtenue parmi tous les thèmes abordés. Précisons que ce dernier est constitué de seulement deux questions. Les résultats obtenus pour ces énoncés sont de 67 % (Q3.f) et de 49 % (Q3.g).

Finalement, près de la moitié (44 %) des répondants approuvent, dans l'ensemble, les énoncés du sixième thème, relatifs à la portée de la Politique selon la période. C'est ce thème (à égalité avec le troisième) qui obtient la plus faible proportion de répondants portant un jugement favorable. Il n'est composé que de deux énoncés; les résultats obtenus pour chacun d'eux sont de 27 % (Q3.i) et de 63 % (Q3.h) respectivement.

