



**LE SYSTÈME DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX
DU QUÉBEC**

Une image chiffrée

LE SYSTÈME
DE SANTÉ ET
DE SERVICES SOCIAUX
DU QUÉBEC



Une image chiffrée

Octobre 2001

COLLABORATRICES ET COLLABORATEURS

Nous tenons à exprimer notre grande reconnaissance aux personnes qui, par leur aimable concours, nous ont aidé à mener à terme la présente publication en intervenant tant sur le plan de la forme que sur celui du contenu. Nous renonçons à les nommer toutes, de peur d'en oublier, car elles sont très nombreuses à avoir généreusement fait bénéficier cet ouvrage de leur expertise. Sans aucun doute, elles se reconnaîtront et sauront que notre profonde gratitude leur est acquise.

En particulier, nous offrons un remerciement bien spécial à M. Jean Mercier, qui fut à l'origine du projet alors qu'il était à la barre de la Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique. Enfin, soulignons que cette publication a été réalisée sous l'autorité de M^{me} Mireille Fillion, sous-ministre adjointe à la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information, et de M. Jean Houde, directeur à la Direction de la gestion de l'information.

Conception du document

Alain Saucier, chef de service, Service du développement de l'information
Marc-André St-Pierre, Service du développement de l'information

Recherche et rédaction

Marc-André St-Pierre, Service du développement de l'information

Coordination administrative

Jean Houde, directeur, Direction de la gestion de l'information
Alain Saucier, chef de service, Service du développement de l'information

Traitement de texte et mise en pages

Johanne Tardif, Service des indicateurs et mesure de la performance

Conception et réalisation graphique

Ose Design

Édition produite par

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux**

**Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Le présent document est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2001

Bibliothèque nationale du Canada, 2001

ISBN 2-550-38090-8

La forme masculine non marquée utilisée dans le texte désigne aussi bien les femmes que les hommes, sauf pour le personnel infirmier, où la prépondérance numérique du personnel féminin nous incite à garder la forme féminine pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

PRÉFACE

Si le système de services de santé et de services sociaux québécois sert souvent de modèle en Amérique du Nord, si le ministère de la Santé et des Services sociaux reçoit des visiteurs et des stagiaires d'autres pays, si la représentation du Ministère est souvent requise à l'étranger, c'est que le Québec a beaucoup à dire sur le sujet. Bien sûr, on porte un grand intérêt aux principes qui nous guident en cette matière mais autant, sinon plus, à l'organisation de notre système sociosanitaire ainsi qu'aux renseignements factuels qui en décrivent la structure et le fonctionnement.

Bien qu'ils soient disponibles, ces renseignements sont souvent emmagasinés dans d'immenses banques de données, ou encore consignés dans de volumineux rapports qui connaissent une diffusion relativement restreinte. Il faut donc un instrument plus accessible pour répondre aux besoins d'information.

Aussi, c'est avec grand plaisir que je vous offre le document intitulé *Le système de santé et de services sociaux du Québec : Une image chiffrée*.

Cette publication du ministère de la Santé et des Services sociaux veut permettre au lecteur d'avoir une compréhension globale du système sociosanitaire québécois. Son originalité est de proposer, de manière synthétique, une vue d'ensemble de l'organisation actuelle du système de services, des ressources que ce système nécessite, de l'utilisation que l'on en fait et des coûts qu'il engendre.

Que cette publication devienne l'instrument d'initiation pour les nouveaux arrivés au Ministère ou un outil de travail pour ceux et celles qui s'intéressent à la recherche dans ce secteur, qu'elle fasse connaître à nos visiteurs et à nos interlocuteurs étrangers le cheminement des services de santé et des services sociaux au Québec ou qu'elle constitue une source d'information privilégiée pour le personnel travaillant au sein même du système de services, c'est ce que nous souhaitons ardemment. Mais si, de surcroît, elle porte à la connaissance d'une importante partie de la population la toile de fond des services de santé et des services sociaux du Québec, alors son objectif aura été totalement atteint.

Si le gouvernement actuel a permis la transformation de l'organisation des services afin de mieux les adapter aux nouvelles réalités et aux nouveaux besoins, s'il a favorisé de façon toute spéciale le rapprochement des services vers les bénéficiaires en milieu naturel, s'il continue à s'interroger sur les meilleures façons de financer et de gérer les services, c'est que le désir de toujours apporter les solutions les plus efficaces aux problèmes auxquels doit faire face notre société demeure pour nous une préoccupation constante.

Je désire remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette publication. L'intérêt que vous y prendrez sera leur récompense.



Le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux

AVANT-PROPOS

Depuis vingt ans, le ministère de la Santé et des Services sociaux produit régulièrement des documents de référence portant sur les différents aspects du système de santé et de services sociaux québécois.

En général, outre un bref historique et une description des principales composantes du système sociosanitaire, ces documents présentent plusieurs chiffres qui en illustrent les aspects fondamentaux. *Le système de santé et de services sociaux du Québec : Une image chiffrée* met à jour l'information contenue dans les publications antérieures du même type, dont les suivantes :

Les affaires sociales au Québec, publié en août 1980 ;
Le système de santé et de services sociaux au Québec, publié en 1985 ;
Le système de santé et de services sociaux du Québec : Un aperçu, publié en 1989 ;
Le système sociosanitaire québécois en quelques chiffres, publié en 1992 ;
Santé et bien-être : La perspective québécoise, publié en 1993 ;
Le coût et l'efficacité des services de santé et des services sociaux, publié en 1996.

Cette publication se veut un outil de référence pratique qui saura, nous l'espérons, répondre aux attentes des lecteurs. Notre objectif n'est pas d'étudier en profondeur les divers éléments du système, ni de découvrir les facteurs explicatifs des phénomènes mis en lumière, ni même de préciser les actions susceptibles d'infléchir les tendances observées, mais seulement de décrire suffisamment ces éléments pour donner la possibilité aux lecteurs d'en acquérir une connaissance générale leur permettant de se forger une image du domaine sociosanitaire québécois qui soit, le plus possible, conforme à la réalité.

Toutefois, les personnes intéressées à connaître davantage certains aspects des services de santé et de bien-être du Québec peuvent obtenir de l'information au Centre de documentation du ministère de la Santé et des Services sociaux, situé à l'adresse suivante :

1075, chemin Sainte-Foy
5^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1
Tél. : (418) 266-7007
Télec. : (418) 266-7024

Il existe également une multitude de renseignements pertinents sur le site du Ministère, dont l'adresse est www.msss.gouv.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

	INTRODUCTION.....	17
	LE QUÉBEC.....	19
	Le territoire.....	21
	La population.....	23
	La société.....	28
	UN SYSTÈME DE SERVICES INTÉGRÉ.....	33
	L'histoire et les lois.....	35
	<i>L'émergence d'une politique</i>	35
	<i>Les années 1960 et 1970 : une réforme</i>	35
	<i>Les années 1980 et 1990 : une révision en profondeur</i>	37
	<i>Les années 2000 : un équilibre à trouver</i>	39
	Les principales composantes.....	39
	Les ressources humaines.....	42
	<i>Les médecins et autres professionnels rémunérés par la RAMQ</i>	42
	<i>L'effectif du réseau</i>	46
	<i>Le personnel infirmier</i>	50
	<i>L'effectif administratif du Ministère et de la RAMQ</i>	51
	Les ressources institutionnelles.....	53
	<i>Les établissements</i>	55
	<i>Les installations</i>	58
	<i>Les lits autorisés au permis</i>	60
	<i>Les lits dressés</i>	62
	LES SERVICES.....	65
	Les services à domicile.....	66
	Les services ambulatoires.....	69
	Les services préhospitaliers d'urgence.....	71
	Les services de soins de courte durée.....	73
	Les services couverts par le régime d'assurance maladie.....	84
	<i>Les services médicaux</i>	84
	<i>Les services dentaires</i>	88
	<i>Les services optométriques</i>	89
	<i>Les services pharmaceutiques</i>	90
	<i>Les aides techniques</i>	93
	Les services de protection de la jeunesse.....	96
	Les services de réadaptation.....	99
	<i>Personnes alcooliques et autres toxicomanes</i>	99
	<i>Personnes déficientes physiques</i>	102
	<i>Personnes déficientes intellectuelles</i>	106
	Les services d'hébergement et soins de longue durée.....	110
	LE COÛT DES SERVICES.....	115
	Les sources de financement.....	116
	La situation financière du Québec.....	118
	La mission Santé et services sociaux.....	119
	<i>Les dépenses par rapport à la richesse collective</i>	121
	<i>Les dépenses selon le programme</i>	126
	<i>Les dépenses selon les missions du réseau</i>	131
	<i>Les dépenses de « services cliniques » versus les dépenses de « soutien »</i>	132
	<i>Les activités principales des établissements</i>	134



LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION : DES RÉSULTATS.....	135
La perception de l'état de santé.....	136
L'incapacité et la limitation d'activités.....	138
L'espérance de vie.....	140
La mortalité foëto-infantile.....	143
La mortalité générale.....	146
<i>Le taux ajusté de mortalité.....</i>	146
<i>La mortalité selon le sexe et l'âge.....</i>	146
<i>Les principales causes de mortalité.....</i>	149
<i>La mortalité due au cancer.....</i>	150
<i>La mortalité due aux causes dites « de société ».....</i>	151
Les années potentielles de vie perdues.....	152
Les principaux problèmes de santé.....	154
<i>Les problèmes de santé chroniques.....</i>	155
<i>Le sida.....</i>	155
<i>Le diabète.....</i>	157
<i>Les maladies cardiovasculaires.....</i>	157
<i>Les cancers.....</i>	157
<i>Les maladies respiratoires.....</i>	157
<i>Les blessures et intoxications.....</i>	157
La détresse psychologique.....	158
L'interruption volontaire de grossesse.....	162
Les habitudes de vie.....	164
<i>L'activité physique.....</i>	165
<i>La surcharge pondérale.....</i>	166
<i>La consommation d'alcool.....</i>	168
<i>Le tabagisme.....</i>	170
<i>La toxicomanie.....</i>	172
UNE PERSPECTIVE.....	174
ANNEXES.....	177
Annexe 1 La participation du gouvernement fédéral.....	179
Annexe 2 La liste des lois en vigueur dans le domaine de la santé et des services sociaux.....	181
BIBLIOGRAPHIE.....	182

LISTE DES TABLEAUX

- TABLEAU 1 :** Population du Québec selon certains groupes d'âge, situation au 1^{er} juillet, 1971 à 2021 **27**
- TABLEAU 2 :** Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus parmi la population québécoise, 1971 à 2041 **28**
- TABLEAU 3 :** Nombre de professionnels de la santé rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec et rapport « nombre de personnes par professionnel », selon la catégorie de professionnels, 1990 à 1999 **45**
- TABLEAU 4 :** Nombre de médecins pour 1 000 personnes, selon la catégorie de médecin, au Québec, 1990 à 1999 **45**
- TABLEAU 5 :** Effectif, cadres et syndiqués, du réseau des établissements sociosanitaires québécois, calculé en équivalent temps plein, selon la catégorie d'emploi, 1990-1991 à 1999-2000 **48**
- TABLEAU 6 :** Effectif syndiqué du réseau des établissements sociosanitaires québécois, calculé en équivalent temps plein, selon la catégorie d'emploi et le statut occupationnel, 1990-1991 à 1999-2000 **48**
- TABLEAU 7 :** Statistiques générales sur le personnel, cadres et syndiqués, du réseau des établissements sociosanitaires québécois, 1990-1991 à 1999-2000 **49**
- TABLEAU 8 :** Personnel infirmier en poste et en équivalent temps plein dans le réseau des établissements sociosanitaires québécois, selon la catégorie d'emploi, 1990-1991 à 1999-2000 **51**
- TABLEAU 9 :** Catégorisation des ressources institutionnelles du réseau sociosanitaire québécois, 2001 **55**
- TABLEAU 10 :** Nombre d'établissements publics et privés dans le réseau sociosanitaire québécois, selon le regroupement des missions assumées, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001 **57**
- TABLEAU 11 :** Évolution du nombre d'installations publiques et privées dans le réseau sociosanitaire québécois, selon la ou les missions assumées par l'installation, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001 **59**
- TABLEAU 12 :** Nombre de lits, ou places, publics et privés, pour 1 000 personnes, autorisés au permis d'exploitation des établissements du réseau sociosanitaire québécois, selon l'unité de services, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001 **62**
- TABLEAU 13 :** Évolution du nombre de lits dressés dans le réseau des établissements sociosanitaires québécois, selon l'unité de services, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000 **64**
- TABLEAU 14 :** Quelques statistiques sur les services préhospitaliers d'urgence, au Québec, 1994-1995 et 1998-1999 **72**
- TABLEAU 15 :** Hospitalisations pour des soins de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés participant au système Med-Écho, au Québec, 1982-1983 à 1999-2000 **81**
- TABLEAU 16 :** Hospitalisations pour des soins de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés participant au système Med-Écho, selon le groupe d'âge de l'utilisateur, au Québec, 1992-1993 et 1999-2000 **82**
- TABLEAU 17 :** Hospitalisations pour des soins de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés participant au système Med-Écho, selon le regroupement 19 des diagnostics, au Québec, 1992-1993 et 1999-2000 **83**
- TABLEAU 18 :** Nombre, coût et coût moyen des services médicaux couverts par l'assurance maladie du Québec, tous modes de rémunération des médecins confondus, 1990 à 1999 **87**
- TABLEAU 19 :** Nombre, coût et coût moyen des services dentaires couverts par l'assurance maladie du Québec, tous programmes confondus, 1990 à 1999 **89**
- TABLEAU 20 :** Nombre, coût et coût moyen des services optométriques couverts par l'assurance maladie du Québec, tous programmes confondus, 1990 à 1999 **90**
- TABLEAU 21 :** Nombre, coût et coût moyen des services pharmaceutiques couverts par l'assurance médicaments du Québec, tous programmes confondus, 1990 à 1999 **91**
- TABLEAU 22 :** Volume et coût des médicaments et des services pharmaceutiques couverts par l'assurance médicaments du Québec, selon le groupe de personnes assurées, 1990 à 1999 **92**
- TABLEAU 23 :** Nombre, coût et coût moyen des services d'aide technique couverts par l'assurance maladie du Québec, tous programmes confondus, 1990 à 1999 **94**
- TABLEAU 24 :** Coût moyen par bénéficiaire des services d'aide technique couverts par l'assurance maladie du Québec, selon le programme, 1990 à 1999 **95**
- TABLEAU 25 :** Indicateurs liés aux signalements de jeunes âgés de 0 à 17 ans ayant besoin de protection, au Québec, 1993-1994 à 1999-2000 **98**

- TABLEAU 26 :** Indicateurs liés aux services offerts aux personnes alcooliques et autres toxicomanes, au sein du réseau des établissements sociosanitaires québécois, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000 **102**
- TABLEAU 27 :** Indicateurs liés aux services offerts aux personnes déficientes physiques, au sein du réseau des établissements sociosanitaires québécois, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000 **105**
- TABLEAU 28 :** Indicateurs liés aux services offerts aux personnes déficientes intellectuelles, au sein du réseau des établissements sociosanitaires québécois, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000 **109**
- TABLEAU 29 :** Utilisation des services d'hébergement et soins de longue durée, au sein du réseau des établissements sociosanitaires québécois, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000 **113**
- TABLEAU 30 :** Indicateurs liés à l'hébergement et soins de longue durée, au Québec, situation observée en septembre, 1995 à 1999, et en juin 2000 **113**
- TABLEAU 31 :** Situation budgétaire du gouvernement québécois, 1997-1998 à 2001-2002 **118**
- TABLEAU 32 :** Produit intérieur brut, dépenses gouvernementales et montants consacrés à la mission Santé et services sociaux, \$ courants et \$ constants de 1992 (1992 = 100), au Québec, 1990-1991 à 2001-2002 **122**
- TABLEAU 33 :** Montants consacrés à la mission Santé et services sociaux, selon les éléments de la structure budgétaire 2001-2002, au Québec, 1990-1991 à 2001-2002 **124**
- TABLEAU 34 :** Dépenses réelles nettes effectuées en santé et en services sociaux, selon le programme-clientèle, au Québec, 1993-1994 à 1999-2000 **128**
- TABLEAU 35 :** Frais d'administration et coûts des programmes administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec, 1990-1991 à 1999-2000 **131**
- TABLEAU 36 :** Répartition des dépenses nettes du réseau des établissements sociosanitaires québécois, selon le champ d'application des dépenses, 1990-1991 à 1999-2000 **133**
- TABLEAU 37 :** Évolution de certains indicateurs statistiques liés aux heures consacrées aux activités principales des établissements du réseau sociosanitaire québécois, 1990-1991 à 1999-2000 **134**
- TABLEAU 38 :** Pourcentage de la population québécoise âgée de 15 ans ou plus qui considère ne pas avoir un bon état de santé, selon le sexe, 1987, 1993, 1994 et 1998 **137**
- TABLEAU 39 :** Pourcentage de la population québécoise âgée de 15 ans ou plus qui considère ne pas avoir un bon état de santé, selon le sexe et le groupe d'âge, 1992-1993 et 1998 **137**
- TABLEAU 40 :** Pourcentage de la population québécoise âgée de 15 ans ou plus qui considère ne pas avoir un bon état de santé, selon certaines caractéristiques socioéconomiques, 1998 **137**
- TABLEAU 41 :** Nombre annuel moyen de journées d'incapacité par personne âgée de 15 ans ou plus, selon certaines caractéristiques socioéconomiques, au Québec, 1998 **139**
- TABLEAU 42 :** Taux de limitation d'activités parmi la population en ménage privé, selon le sexe et le groupe d'âge, au Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 **139**
- TABLEAU 43 :** Répartition en pourcentage des limitations d'activités parmi la population en ménage privé, selon la cause, au Québec, 1987, 1992-1993 et 1998 **139**
- TABLEAU 44 :** Espérance de vie à la naissance au sein de la population résidant à domicile, selon le type et le quintile de défavorisation, au Québec, 1997 **142**
- TABLEAU 45 :** Taux ajusté de mortalité selon la cause et taux ajusté de mortalité selon le sexe, au Québec, 1976 à 1998 **152**
- TABLEAU 46 :** Importance relative des principaux problèmes de santé chroniques déclarés par la population québécoise, 1987 et 1998 **155**
- TABLEAU 47 :** Prévalence des cas déclarés de sida, selon l'âge de la personne infectée au moment du diagnostic, au Québec, 1994 et 1999 **156**
- TABLEAU 48 :** Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus présentant un indice de détresse psychologique élevé, selon l'état matrimonial et le sexe, au Québec, 1998 **160**
- TABLEAU 49 :** Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus présentant un indice de détresse psychologique élevé, selon le statut d'activités et le sexe, au Québec, 1998 **160**
- TABLEAU 50 :** Taux d'avortement pour 1 000 femmes, selon le groupe d'âge, au Québec, 1980, 1985, 1990 et 1995 à 1998 **163**

LISTE DES FIGURES

- FIGURE 1 :** Le Québec en Amérique du Nord, 2000 21
- FIGURE 2 :** Les régions sociosanitaires québécoises regroupées, 2000 22
- FIGURE 3-A :** Population du Québec, pyramide des âges, 1961 23
- FIGURE 3-B :** Population du Québec, pyramide des âges, 2001 24
- FIGURE 3-C :** Population du Québec, pyramide des âges, 2041 24
- FIGURE 4 :** Évolution de la population du Québec, selon certains groupes d'âge, 1971 à 2001 25
- FIGURE 5 :** Indice de dépendance au sein de la population québécoise, 1971 à 2041 26
- FIGURE 6 :** Indice synthétique de fécondité au sein de la population québécoise, 1960 à 2000 29
- FIGURE 7 :** Évolution de la migration nette au sein de la population québécoise, 1971 à 2000 30
- FIGURE 8 :** Taux de natalité au sein de la population québécoise, 1960 à 2000 31
- FIGURE 9 :** Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus parmi la population québécoise, 1971 à 2041 31
- FIGURE 10 :** Le système de santé et de services sociaux du Québec, 2000 41
- FIGURE 11 :** Évolution des montants remboursés aux médecins « actifs », selon le mode de rémunération, au Québec, 1990 à 1999 44
- FIGURE 12 :** Nombre de médecins « actifs » selon le mode de rémunération, au Québec, 1990 à 1999 44
- FIGURE 13 :** Évolution de l'effectif, cadres et syndiqués, du réseau des établissements sociosanitaires québécois, calculé en équivalent temps plein, selon la catégorie d'emploi, 1990-1991 à 1999-2000 46
- FIGURE 14 :** Évolution de la masse salariale du personnel au sein du réseau des établissements sociosanitaires québécois, selon la catégorie d'emploi, 1990-1991 à 1999-2000 47
- FIGURE 15 :** Personnel infirmier en poste dans le réseau des établissements sociosanitaires québécois, selon la catégorie d'emploi, 1990-1991 à 1999-2000 50
- FIGURE 16 :** Nombre de postes occupés au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, selon la catégorie d'emploi, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001 52
- FIGURE 17 :** Nombre de postes occupés à la Régie de l'assurance maladie du Québec, selon la catégorie d'emploi, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001 53
- FIGURE 18 :** Nombre d'établissements dans le réseau sociosanitaire québécois, selon qu'ils assument une ou plusieurs missions, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001 56
- FIGURE 19 :** Évolution du nombre d'établissements dans le réseau sociosanitaire québécois, selon la ou les missions assumées, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001 56
- FIGURE 20 :** Nombre d'établissements dans le réseau sociosanitaire québécois, selon le statut et le mode de financement, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001 57
- FIGURE 21 :** Évolution du nombre d'installations dans le réseau sociosanitaire québécois, selon le statut et le mode de financement, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001 58
- FIGURE 22 :** Nombre d'installations par établissement dans le réseau sociosanitaire québécois, selon le statut et le mode de financement, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001 59
- FIGURE 23 :** Évolution du nombre de lits autorisés au permis d'exploitation des établissements du réseau sociosanitaire québécois, selon l'unité de services, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001 60
- FIGURE 24 :** Nombre de lits autorisés pour 1 000 personnes au permis d'exploitation des établissements du réseau sociosanitaire québécois, selon l'unité de services, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001 61
- FIGURE 25 :** Évolution du nombre de lits autorisés au permis des établissements pour l'hébergement et les soins de longue durée dans le réseau sociosanitaire québécois, selon le statut et le mode de financement, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001 61
- FIGURE 26 :** Nombre de lits dressés dans le réseau des établissements sociosanitaires québécois, selon l'unité de services, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000 63
- FIGURE 27 :** Nombre de lits dressés pour 1 000 personnes dans le réseau des établissements sociosanitaires québécois, selon l'unité de services, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000 63

- FIGURE 28 :** Proportion des dépenses totales brutes consacrée aux services à domicile (SAD) et indice évolutif de ces dépenses, au Québec, 1990-1991 à 1999-2000 **68**
- FIGURE 29 :** Évolution des dépenses totales brutes et des dépenses consacrées aux services à domicile, au Québec, 1990-1991 à 1999-2000 **68**
- FIGURE 30 :** Dépenses pour les services ambulatoires et proportion par rapport à l'ensemble des dépenses sociosanitaires, au Québec, 1990-1991 à 1999-2000 **70**
- FIGURE 31 :** Nombre d'hospitalisations et de journées d'hospitalisation pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, au Québec, 1982-1983 à 1999-2000 **74**
- FIGURE 32 :** Séjour moyen pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, selon la catégorie de soins, au Québec, 1982-1983 à 1999-2000 **74**
- FIGURE 33 :** Nombre d'hospitalisations pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, selon le groupe d'âge de l'utilisateur, au Québec, 1992-1993 et 1999-2000 **75**
- FIGURE 34 :** Nombre de journées d'hospitalisation pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, selon le groupe d'âge de l'utilisateur, au Québec, 1992-1993 et 1999-2000 **76**
- FIGURE 35 :** Séjour moyen pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, selon le groupe d'âge de l'utilisateur, au Québec, 1992-1993 et 1999-2000 **76**
- FIGURE 36 :** Nombre d'hospitalisations pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, selon le regroupement 19 des diagnostics, au Québec, 1992-1993 et 1999-2000 **78**
- FIGURE 37 :** Nombre de journées d'hospitalisation pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, selon le regroupement 19 des diagnostics, au Québec, 1992-1993 et 1999-2000 **79**
- FIGURE 38 :** Séjour moyen pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, selon le regroupement 19 des diagnostics, au Québec, 1992-1993 et 1999-2000 **80**
- FIGURE 39 :** Évolution comparée du nombre de contacts « médecin-patient », pour l'ensemble de la population québécoise, 1990 à 1999 **86**
- FIGURE 40 :** Évolution comparée du nombre de contacts « médecin-patient », pour la population âgée de 65 ans ou plus, au Québec, 1990 à 1999 **86**
- FIGURE 41 :** Parmi le total des évaluations réalisées, proportion de celles où la sécurité ou le développement du jeune est compromis, et nombre de nouvelles prises en charge pour 1 000 jeunes âgés de 0 à 17 ans, au Québec, 1993-1994 à 1999-2000 **97**
- FIGURE 42 :** Somme des usagers admis et inscrits dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes du Québec, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000 **100**
- FIGURE 43 :** Répartition en pourcentage des usagers admis et inscrits dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes du Québec, selon le groupe d'âge, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000 **100**
- FIGURE 44 :** Répartition en pourcentage du personnel des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes du Québec, selon la catégorie de personnel, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000 **101**
- FIGURE 45 :** Somme des usagers admis et inscrits dans les centres de réadaptation pour personnes déficientes physiques du Québec, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000 **103**
- FIGURE 46 :** Répartition du nombre d'usagers admis et inscrits dans les centres de réadaptation pour personnes déficientes physiques du Québec, selon le groupe d'âge, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000 **103**
- FIGURE 47 :** Répartition en pourcentage du personnel des centres de réadaptation pour personnes déficientes physiques du Québec, selon la catégorie de personnel, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000 **104**
- FIGURE 48 :** Évolution du nombre d'usagers admis et inscrits dans les centres de réadaptation pour personnes déficientes intellectuelles du Québec, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000 **106**
- FIGURE 49 :** Répartition en pourcentage des usagers admis et inscrits dans les centres de réadaptation pour personnes déficientes intellectuelles du Québec, selon le groupe d'âge, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000 **107**
- FIGURE 50 :** Répartition en pourcentage du personnel des centres de réadaptation pour personnes déficientes intellectuelles du Québec, selon la catégorie de personnel, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000 **108**
- FIGURE 51 :** Répartition en pourcentage des personnes bénéficiant de services d'hébergement et soins de longue durée dans le réseau des établissements sociosanitaires québécois, selon le groupe d'âge, 1995 et 2000 **111**

FIGURE 52 : Évolution de certains indicateurs liés à l'hébergement des personnes âgées, au Québec, situation observée en septembre, 1995 à 1999, et en juin 2000 **111**

FIGURE 53 : Évolution du nombre de personnes hébergées, du nombre de personnes en attente d'hébergement et des temps d'attente, au Québec, situation observée en septembre, 1995 à 1999, et en juin 2000 **112**

FIGURE 54 : Nombre de personnes admises dans un centre d'hébergement au cours des douze derniers mois, par rapport au nombre de personnes en attente d'hébergement, au Québec, situation observée en septembre, 1995 à 1999, et en juin 2000 **112**

FIGURE 55 : Évolution des transferts fédéraux en matière de santé et de services sociaux, selon le type de transferts, pour le Québec, 1990-1991 à 1999-2000 **117**

FIGURE 56 : Répartition en pourcentage du budget de dépenses du gouvernement québécois, selon la grande mission, pour l'année financière 2001-2002 **120**

FIGURE 57 : Dépenses budgétaires du gouvernement québécois consacrées à la mission Santé et services sociaux, 1990-1991 à 2001-2002 **121**

FIGURE 58 : Évolution des dépenses gouvernementales consacrées à la mission Santé et services sociaux du Québec, selon le programme budgétaire, 1990-1991 à 2001-2002 **127**

FIGURE 59 : Répartition en pourcentage des dépenses nettes effectuées en santé et en services sociaux, selon le programme-clientèle, au Québec, 1999-2000 **128**

FIGURE 60 : Évolution de la rémunération des médecins québécois « actifs », selon le mode de rémunération, 1990 à 1999 **129**

FIGURE 61 : Coûts directs bruts liés aux activités principales des établissements sociosanitaires québécois, selon leur mission exclusive, 1997-1998 à 1999-2000 **132**

FIGURE 62 : Évolution des dépenses nettes du réseau des établissements sociosanitaires québécois, selon le champ d'application des dépenses, 1990-1991 à 1999-2000 **133**

FIGURE 63 : Nombre annuel moyen de journées d'incapacité par personne, selon le groupe d'âge et le sexe, au Québec, 1998 **138**

FIGURE 64 : Espérance de vie à la naissance au sein de la population québécoise, selon le sexe, et écart entre les femmes et les hommes, 1976 à 1998 **141**

FIGURE 65 : Espérance de vie à 65 ans au sein de la population québécoise, selon le sexe, 1970-1972 à 1998 **141**

FIGURE 66 : Taux de mortalité, au Québec, 1976 à 1998 **143**

FIGURE 67 : Taux de mortalité périnatale, au Québec, 1976 à 1998 **144**

FIGURE 68 : Taux de mortalité infantile, selon la catégorie, au Québec, 1976 à 1998 **144**

FIGURE 69 : Taux de mortalité infantile, selon le sexe, au Québec, 1971 à 1998 **145**

FIGURE 70 : Nombre de décès et taux brut de mortalité générale au sein de la population québécoise, 1951 à 1999 **147**

FIGURE 71 : Évolution du taux ajusté de mortalité générale, au Québec, 1976 à 1998 **147**

FIGURE 72 : Taux ajusté de mortalité générale, selon le sexe, au Québec, 1976 à 1998 **148**

FIGURE 73 : Taux ajusté de mortalité générale, selon le sexe et le groupe d'âge, et écart exprimé en pourcentage du taux pour les sexes réunis, au Québec, 1998 **148**

FIGURE 74 : Taux ajusté de mortalité selon les cinq principales causes de mortalité, au Québec, 1976 à 1998 **149**

FIGURE 75 : Taux ajusté de mortalité due à certains types de cancer, au Québec, 1976 à 1998 **150**

FIGURE 76 : Taux ajusté de mortalité selon certaines causes dites « de société », au Québec, 1976 à 1998 **151**

FIGURE 77 : Nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) et taux pour 100 000 personnes, au sein de la population québécoise, 1982 à 1998 **153**

FIGURE 78 : Nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP), selon le groupe d'âge et le sexe, au Québec, 1998 **153**

FIGURE 79 : Répartition en pourcentage du nombre d'années potentielles de vie perdues, selon la cause, au Québec, 1998

154

FIGURE 80 : Incidence du sida et proportion de nouveaux cas âgés de moins de 30 ans, au Québec, 1995 à 1999

156

FIGURE 81 : Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus présentant un indice de détresse psychologique élevé, selon le sexe, au Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

159

FIGURE 82 : Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus présentant un indice de détresse psychologique élevé, selon le groupe d'âge, au Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

159

FIGURE 83 : Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus ayant manifesté des idées suicidaires au cours des douze mois précédant l'enquête, selon le sexe, au Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

161

FIGURE 84 : Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus ayant manifesté des idées suicidaires au cours des douze mois précédant l'enquête, selon le groupe d'âge, au Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

161

FIGURE 85 : Augmentation en pourcentage du taux d'avortement pour 1 000 femmes en âge de procréer, selon le groupe d'âge, au Québec, entre 1980 et 1998

162

FIGURE 86 : Indice synthétique d'avortement par femme, au Québec, 1980, 1985, 1990 et 1995 à 1998

163

FIGURE 87 : Proportion des personnes âgées de 15 ans ou plus pratiquant une activité physique de loisir, selon la fréquence de pratique et le sexe, au Québec, 1992-1993 et 1998

165

FIGURE 88 : Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus ayant un indice de masse corporelle supérieur à 27, selon le sexe, au Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

166

FIGURE 89 : Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus ayant un indice de masse corporelle supérieur à 27, selon le sexe et le groupe d'âge, au Québec, 1998

167

FIGURE 90 : Parmi les buveurs occasionnels ou réguliers âgés de 15 ans ou plus ayant consommé de l'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête, proportion de ceux qui en ont consommé durant les sept jours précédant l'enquête, selon le nombre de consommations, au Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

169

FIGURE 91 : Proportion des buveurs occasionnels ou réguliers âgés de 15 ans ou plus qui se sont enivrés cinq fois ou plus au cours des douze mois précédant l'enquête, selon le groupe d'âge, au Québec, 1992-1993 et 1998

169

FIGURE 92 : Proportion de fumeurs au sein de la population âgée de 15 ans ou plus, selon le type d'usage de la cigarette, au Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

171

FIGURE 93 : Proportion d'anciens fumeurs et de fumeurs réguliers au sein de la population âgée de 15 ans ou plus, selon le groupe d'âge, au Québec, 1998

171

FIGURE 94 : Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus qui n'a jamais consommé de drogue, selon le sexe, au Québec, 1992-1993 et 1998

172

FIGURE 95 : Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus ayant consommé une ou plusieurs drogues au cours des douze mois précédant l'enquête, selon le type de drogue et le groupe d'âge, au Québec, 1998

173

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACDQ	Association des chirurgiens dentistes du Québec	CR PDP M	centre de réadaptation pour personnes déficientes physiques motrices
AHQ	Association des hôpitaux du Québec	CR PDP V	centre de réadaptation pour personnes déficientes physiques visuelles
APVP	années potentielles de vie perdues	CS	centre de santé
AQPP	Association québécoise des pharmaciens propriétaires	CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
ASCBMFQ	Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec	dép.	dépenses
av. soc.	avantages sociaux	DGI	Direction de la gestion de l'information
BSQ	Bureau de la statistique du Québec (maintenant ISQ)	DGPSE	Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation
c/a	centre d'activités	Dir.	direction
CCP	Conseil consultatif de pharmacologie	DMS	durée moyenne de séjour
cégep	collège d'enseignement général et professionnel	ENAP	École nationale d'administration publique
CH	centre hospitalier	ETC	équivalent temps complet
CHQ	Corporation d'hébergement du Québec	ETP	équivalent temps plein
CHSGS	centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	FG	foyer de groupe
CHSLD	centre d'hébergement et soins de longue durée	FIIQ	Fédération des infirmières et infirmiers du Québec
CHSP	centre hospitalier de soins psychiatriques	FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
CIM-9	Codification internationale des maladies, 9 ^e révision	FMRQ	Fédération des médecins résidents du Québec
CJ	centre jeunesse	FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
CLSC	centre local de services communautaires	FPE	Financement des programmes établis
CMQ	Conseil médical du Québec	FRSQ	Fonds de la recherche en santé du Québec
COA	comité régional d'orientation-admission (hébergement)	gouv.	gouvernement ou gouvernementale
CPEJ	centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	HLM	habitation à loyer modique
CQRS	Conseil québécois de la recherche sociale	hosp.	hospitalisation
CR	centre de réadaptation	hres rém.	heures rémunérées
CR JDA	centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation	hres trav.	heures travaillées
CR MDA	centre de réadaptation pour jeunes mères en difficulté d'adaptation	HSLD	hébergement et soins de longue durée
CR PAT	centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes	IIP	indice implicite de prix
CR PDI	centre de réadaptation pour personnes déficientes intellectuelles	IMC	indice de masse corporelle
CR PDP	centre de réadaptation pour personnes déficientes physiques	ISQ	Institut de la statistique du Québec
CR PDP A	centre de réadaptation pour personnes déficientes physiques auditives	IVG	interruption volontaire de grossesse
		jours-prés.	jours-présence
		L.R.Q.	loi refondue du Québec
		M\$	million de dollars
		MCT	structure mission-classe-type

MED-ÉCHO	maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière	SAHT	service d'apprentissage aux habitudes de travail
MEQ	ministère de l'Éducation du Québec	sal.	salaire
MM\$	milliard de dollars	SCCR	Société canadienne de la Croix-Rouge (maintenant, pour le Québec, Héma-Québec)
MRC	municipalité régionale de comté	SDC	sécurité ou développement compromis (du jeune âgé de 0 à 17 ans)
MSSS	ministère de la Santé et des Services sociaux	SDI	Service du développement de l'information
MTS	maladie transmissible sexuellement	séj. moy.	séjour moyen
NPC	nouvelles prises en charge (jeunes)	SERHUM	statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système sociosanitaire québécois
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique	SGS	soins généraux et spécialisés
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	SIC-CLSC	Système d'information clientèle-CLSC
OMS	Organisation mondiale de la santé	sida	syndrome d'immunodéficience acquise
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec	SIFO	système d'information financière et opérationnelle
OSGE	Office des services de garde à l'enfance	SP	soins psychiatriques
PAE	prestataire de l'assistance-emploi	SSS	santé et services sociaux
PAT	personnes alcooliques et autres toxicomanes	STATEVO	statistiques évolutives sur l'utilisation des services dans le réseau
PAV	pavillon d'hébergement	TCR	temps complet régulier
PDI	personnes déficientes intellectuelles	TCSPS	Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux
PDP	personnes déficientes physiques	TIC	technologies de l'information et de la communication
pers.	personnes	tot.	total
PIB	produit intérieur brut	TSC	Transfert social canadien
PNB	produit national brut	TSS	territoire sociosanitaire
pop.	population	UDL	unité de distribution locale (du courrier)
PPA	parité du pouvoir d'achat	VAM	variation annuelle moyenne
PSR	prestataire de la sécurité du revenu (maintenant PAE)	Var.	variation
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec	Var. ann.	variation annuelle
RAPC	Régime d'assistance publique du Canada	VIH	virus d'immunodéficience humaine
répart. %	répartition en pourcentage		
RREGOP	régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics		
RRF	régime de retraite des fonctionnaires		
RRSSS	régie régionale de la santé et des services sociaux		
RSS	région sociosanitaire		
RTA	région de tri d'acheminement du courrier		
RTS	signalement traité (jeunes)		
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec		

INTRODUCTION

Le système de santé et de services sociaux du Québec : une image chiffrée, aborde d'une façon générale les principaux aspects des services de santé et des services sociaux québécois.

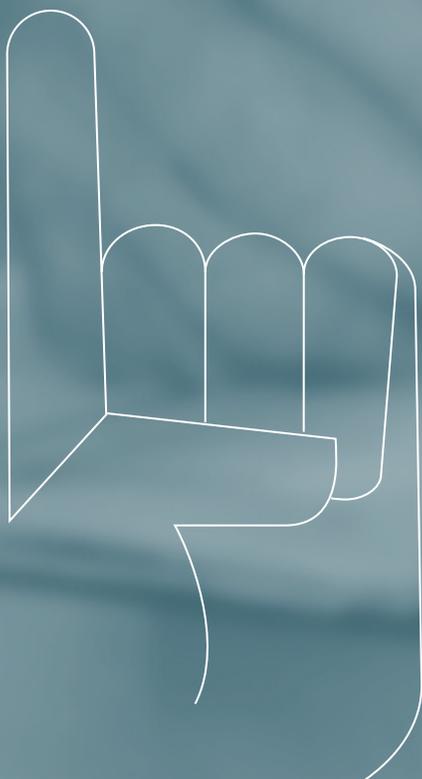
Ce document synthèse à caractère descriptif poursuit deux objectifs principaux. D'une part, il véhicule une information statistique de base très utile aux instances décisionnelles du Ministère, qui peuvent s'en servir à loisir comme complément aux différents « tableaux de bord » liés à des objectifs spécifiques. D'autre part, puisqu'il est diffusé tant au Ministère qu'à l'extérieur, il constitue une source appréciable d'information pour tous ceux et celles qui s'intéressent, de près ou de loin, au système sociosanitaire québécois.

Le document comporte cinq parties. La première présente le Québec, c'est-à-dire son territoire, sa population, sa société. La deuxième partie décrit le système de services, en s'attardant à son historique, à ses lois et à ses composantes, ainsi qu'aux ressources humaines et institutionnelles qu'il nécessite. La troisième partie donne une image des principaux services offerts à la population, alors que la quatrième illustre les coûts engendrés par l'ensemble du système sociosanitaire. La dernière partie traduit, à l'aide d'indicateurs, l'état de santé et de bien-être de la population québécoise.

Le document se termine par quelques éléments de perspective susceptibles d'aider le lecteur à comprendre les orientations qui sous-tendent notre système de services de santé et de services sociaux à l'aube du troisième millénaire.

Outre le relevé des éléments majeurs, chacun des chapitres comprend une section à caractère statistique, sous la rubrique « DES CHIFFRES », qui offre une analyse descriptive du contenu des tableaux et figures présentant des informations statistiques de base, sous une forme synthétisée, pour les plus récentes années. Les dates peuvent varier d'un thème à l'autre, selon la période de fermeture des différents fichiers et systèmes utilisés au moment de produire les documents qui ont servi de sources d'information. La liste de ces différentes sources est fournie, en bibliographie, à l'intention des personnes qui désireraient approfondir l'un ou l'autre des thèmes abordés. De façon à permettre aux lecteurs de tirer le meilleur profit possible de l'information contenue dans ce document, des précisions quant aux univers de données considérés, ainsi que certaines définitions nécessaires à la bonne compréhension des chiffres qui y sont présentés, apparaissent dans plusieurs sections.

Le Québec



- (Le territoire
- (La population
- (La société



LE QUÉBEC

Le Québec est situé au nord-est de l'Amérique du Nord, entre les quarante-cinquième et soixantième parallèles.

Berceau de la Nouvelle-France depuis sa découverte officielle par Jacques Cartier en 1534, cette possession de la France est cédée à la Grande-Bretagne par le traité de Paris, signé en 1763, conséquence de la défaite de la France lors de la bataille des Plaines d'Abraham en 1760.

À la suite de l'arrivée massive de loyalistes américains fuyant les États-Unis après l'accession de ce pays à l'indépendance, le territoire est divisé en deux parties, en 1791, soit le Haut-Canada, qui correspond à l'Ontario d'aujourd'hui, et le Bas-Canada, c'est-à-dire le Québec actuel.

Le début des années 1800 voit se développer une opposition acharnée qui exige l'instauration d'un vrai régime parlementaire. Louis-Joseph Papineau dirige cette opposition au Bas-Canada, alors que William Lyon Mackenzie fait de même dans le Haut-Canada. Le refus catégorique de Londres d'accéder aux demandes de l'opposition provoque la rébellion de 1837. Cette rébellion sera durement réprimée et ses leaders, emprisonnés, exilés ou même exécutés.

En 1840, le gouvernement britannique crée le Canada-Uni, qu'il dote d'un gouverneur, d'un conseil exécutif, d'un conseil législatif et d'une assemblée élue.

En 1867, l'Acte de l'Amérique du Nord britannique crée le Dominion du Canada, qui regroupe l'Ontario, le Québec, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick. Au cours des années subséquentes, la Confédération étendra son territoire, jusqu'en 1949, année de l'entrée de la dernière des dix provinces canadiennes, l'île de Terre-Neuve.

Entre 1867 et 1960, la vie politique du Québec sera marquée par la division entre libéraux et conservateurs cléricaux, qui se succéderont au pouvoir. Les années 1960 verront le Québec devenir le théâtre de changements majeurs, et ce, dans tous les domaines, dont la sécularisation des pouvoirs religieux dans les secteurs de l'éducation, de la santé et des services sociaux. Avec la Révolution tranquille, il se donnera tous les outils et les attributs d'une société moderne.

À la fin de cette décennie, le courant autonomiste va naître et se développer au Québec, pour se concrétiser par l'élection d'un gouvernement indépendantiste en 1976. L'année suivante, la Charte de la langue française déterminera que le français est la seule langue officielle du Québec.

Dans les domaines sous sa juridiction, par exemple le secteur sociosanitaire, le Québec d'aujourd'hui garde une attitude revendicatrice face aux visées centralisatrices du gouvernement fédéral en même temps qu'il tente, par tous les moyens à sa disposition, d'offrir à sa population les meilleurs services possible, aux meilleurs coûts possible, avec les meilleurs résultats possible.

LE TERRITOIRE

Le territoire du Québec est immense. Il couvre une superficie de 1 667 926 kilomètres carrés délimitée par 10 867 kilomètres de frontières. À l'échelle européenne, il pourrait aisément contenir la Belgique, la France, l'Espagne, l'Allemagne, la Suisse et l'Italie, alors qu'à l'échelle américaine, sa superficie est égale à celle de l'ensemble des États suivants : Maine, New Hampshire, Vermont, New York, Massachusetts, Connecticut, Pennsylvanie, Floride, Texas et Californie.

Près de 45 % du territoire québécois est couvert de forêts, alors que les espaces urbains et agricoles en représentent à peine 2 %, soit 33 530 kilomètres carrés ; le reste du territoire est constitué de toundra¹, de taïga² et d'eau. D'ailleurs, le Québec compte un nombre de lacs et de rivières comme peu de pays ou d'États peuvent se vanter d'en posséder ; la superficie de ses eaux intérieures est d'environ 166 426 kilomètres carrés. Le Saint-Laurent, l'un des plus grands fleuves du monde, est de loin son cours d'eau le plus important. Il sillonne le sud du Québec d'ouest en est sur une longueur de 1 140 kilomètres et se classe au troisième rang mondial pour ce qui est de la distance navigable.

Figure 1

Le Québec en Amérique du Nord, 2000



MSSS, SDI, janvier 2000.

1. Formation végétale discontinue qui comprend quelques graminées, des lichens et quelques arbres nains.
2. Forêt de conifères qui constitue une ceinture presque ininterrompue au sud de la toundra.

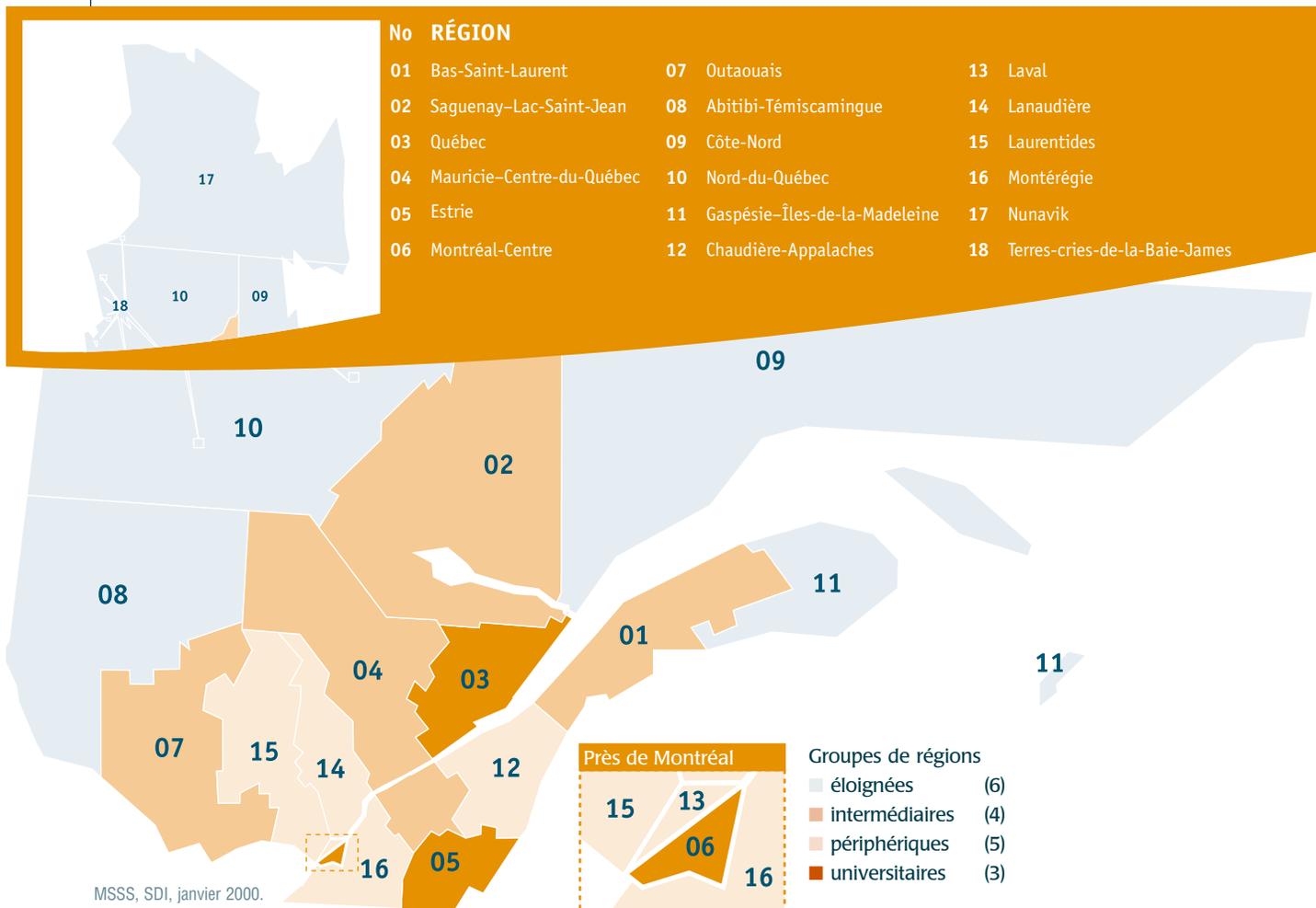
Le Québec est divisé en dix-huit régions sociosanitaires (RSS). Celles-ci peuvent être regroupées en quatre grandes catégories : les régions universitaires, les régions périphériques, les régions intermédiaires et les régions éloignées. Historiquement, les régions sociosanitaires correspondaient à un découpage géographique du Québec qui était propre au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), mais qui s'inspirait du découpage administratif des régions. De 1971 jusqu'à la fin des années 1980, le Québec comptait treize régions sociosanitaires. Puis, on est passé à dix-sept, pour finalement atteindre, en décembre 1991, le nombre actuel de dix-huit RSS. Or, les régions administratives, quant à elles, sont au nombre de dix-sept ; elles sont utilisées comme base territoriale dans la majeure partie des autres secteurs d'activités gouvernementales, au Québec. Dans les décrets de décembre 1991, le Ministère a décidé d'harmoniser les frontières des RSS à celles des régions administratives, mais en découplant la région

administrative du Nord-du-Québec (10) en trois régions sociosanitaires, soit les RSS du Nord-du-Québec (10), de Kativik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18). En 1994, la région de Kativik (17) devient la RSS du Nunavik (17). Puis, en 1997, la région administrative Mauricie – Bois-Francs (04) a été divisée en deux régions administratives : celle de la Mauricie (04) et celle du Centre-du-Québec (17). Cependant, la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec (04) demeure.

Chacune des régions sociosanitaires est subdivisée en territoires ou districts de centre local de services communautaires (CLSC), soit 168 districts au total.

Seize régions régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS), auxquelles s'ajoutent le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (Nord-du-Québec) ainsi que le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (Terres-Cries-de-la-Baie-James), assurent la planification et l'organisation des services sociosanitaires dans leur région respective.

Figure 2 Les régions sociosanitaires québécoises regroupées, 2000



LA POPULATION

En 2001, près de 7 400 000 personnes habitent le Québec, soit environ 24 % de l'ensemble de la population canadienne. Contrairement aux autres provinces et territoires canadiens, le Québec, a le français comme langue officielle. Par ailleurs, la communauté anglophone représente 11 % de la population québécoise et les allophones, 10 %. On dénombrait également, en 1997, quelque 75 000 Amérindiens et Inuits appartenant à onze nations, ou « Premières Nations ».

Près de 80 % des résidants du Québec vivent en milieu urbain, principalement dans l'agglomération montréalaise et sa périphérie, qui regroupent à elles seules plus de la moitié (59 %) de la population du Québec. Le reste de la population est dispersé un peu partout sur le territoire, mais surtout en bordure du fleuve Saint-Laurent.

À l'instar de plusieurs autres, la population québécoise se caractérise par un vieillissement rapide, avec les conséquences que cela comporte en ce qui a trait aux besoins sociosanitaires à satisfaire. Par contre, depuis le début des années 1980, le Québec se situe dans une période favorable en ce qui concerne sa capacité à soutenir les personnes considérées comme dépendantes (celles qui ont moins de 15 ans et celles âgées de 65 ans ou plus), période qui

devrait durer dix ans encore. Cependant, à partir de 2010, la génération des *baby-boomers* atteindra l'âge de la retraite, ce qui entraînera une hausse rapide du volume de la population dite « dépendante ». Cette période défavorable pourrait s'étendre jusqu'en 2040.

DES CHIFFRES

Les données présentées dans les tableaux et figures qui suivent ont été compilées par l'Institut de la statistique du Québec, en collaboration avec le Ministère, à partir des recensements quinquennaux canadiens (ex. : 1971, 1976, 1981, 1986, 1991 et 1996). Les données correspondant aux années intercalées entre deux recensements sont le résultat d'estimations intercensitaires, alors que celles qui se rapportent à l'années 1997 et aux suivantes sont obtenues à l'aide de projections postcensitaires.

Au Québec, comme dans plusieurs pays industrialisés, la structure d'âge de la population évolue à un rythme accéléré. Un vieillissement de la population, dû en partie à une natalité en fort déclin — surtout au cours des années 1960 et depuis les récentes années, — et à une faible migration nette, caractérise l'évolution de la structure d'âge. En 1961, alors que naissaient les derniers baby-boomers, on pouvait encore dire que la pyramide des âges des 5,3 millions de Québécoises et

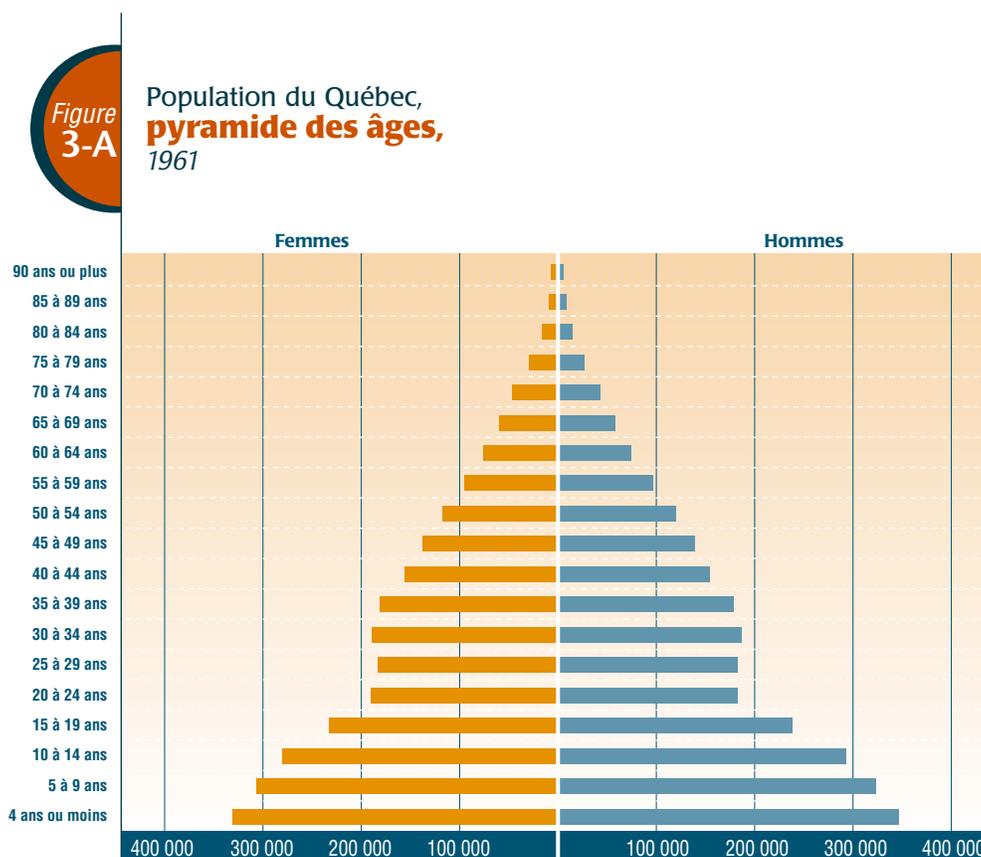
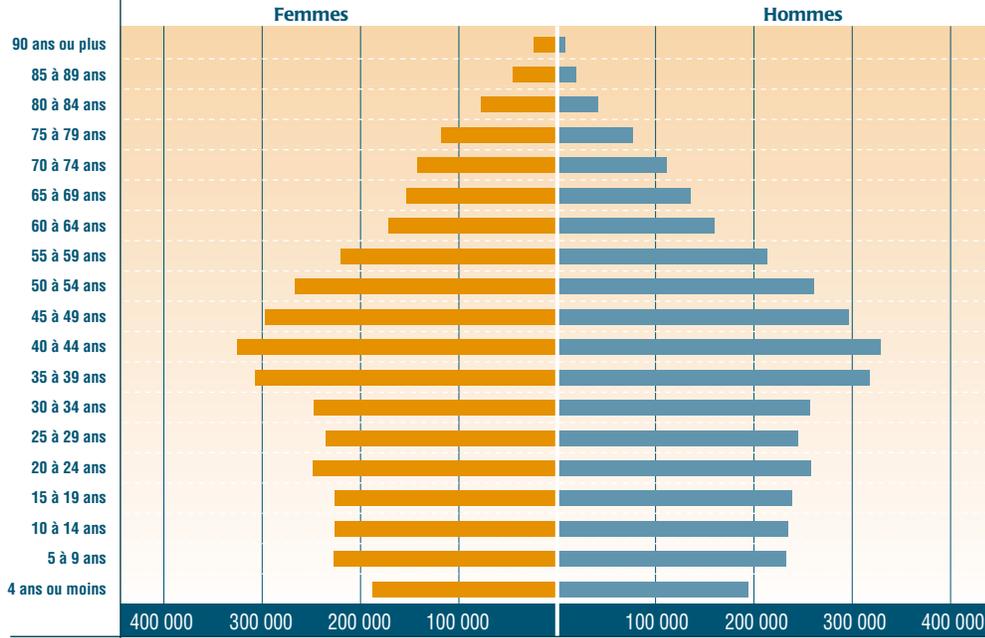


Figure 3-B

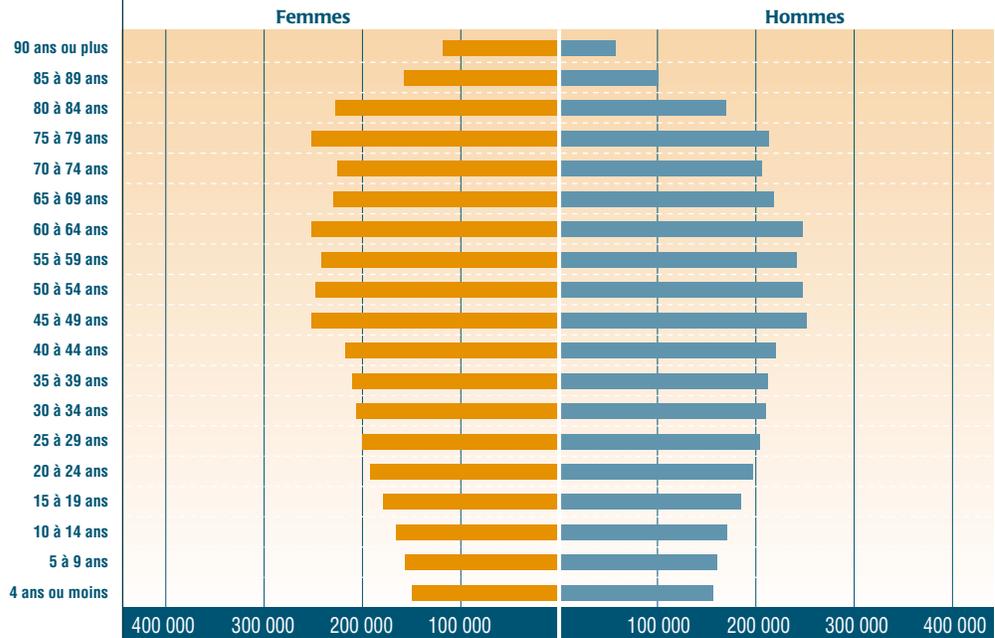
Population du Québec, **pyramide des âges, 2001**



MSSS, SDI, janvier 2001.

Figure 3-C

Population du Québec, **pyramide des âges, 2041**



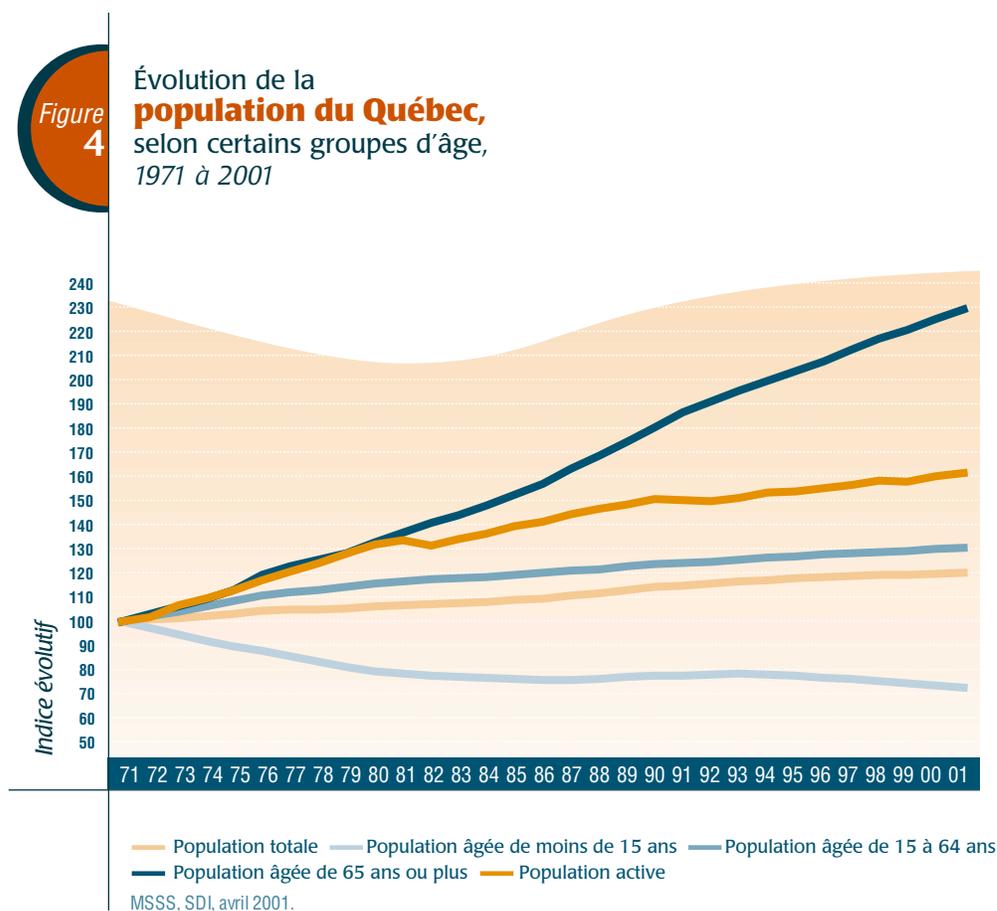
MSSS, SDI, janvier 2001.

de Québécois avait vraiment la forme d'une pyramide. Aujourd'hui, elle ressemble plutôt à une maison ; on devrait peut-être davantage parler de la « maison des âges » des 7,4 millions de personnes habitant actuellement le Québec. Et ce que l'on observera dans quarante ans ressemblera beaucoup plus à un nid de guêpes qu'à une pyramide ; on parlera peut-être alors du « nid des âges » des 7,6 millions d'habitants du Québec.

Au cours des années 1970, la population active, c'est-à-dire les personnes de 15 à 64 ans aptes à occuper un emploi, a connu une croissance similaire à celle qui est observée pour les personnes de 65 ans ou plus. Mais, à partir de 1980, le premier groupe a vu sa croissance ralentir, alors que le second a vu la sienne s'accroître considérablement. Depuis le début des années 1980, la population active croît à un rythme légèrement supérieur à celui observé chez le groupe des personnes de 15 à 64 ans.

Un bon moyen de constater les changements qui surviennent dans la structure d'âge d'une population consiste à suivre l'évolution de l'indice de dépendance qui prévaut au sein de cette population.

L'indice de dépendance d'une population peut être défini comme le rapport entre la somme des personnes de 0 à 14 ans et de 65 ans ou plus, d'une part, et celle des personnes de 15 à 64 ans, d'autre part. C'est un indice qui varie peu sur une courte période mais qui, à long terme, montre bien les changements fondamentaux qui surviennent dans la composition par âge d'une population donnée. La représentation graphique de cet indice permet de visualiser les périodes « favorables », c'est-à-dire les périodes où l'indice est relativement peu élevé, et les périodes « défavorables », c'est-à-dire celles où il est très élevé.



Pour le Québec, la période 1980-2010 apparaît comme « favorable ». En effet, l'indice de dépendance y est résolument sous la barre des 45 % car, durant ces trente années, la population âgée de 15 à 64 ans englobe le groupe des *baby-boomers*. Par contre, à partir de 2010, les baby-boomers commencent à rejoindre le groupe des gens âgés de 65 ans ou plus, ce qui se traduit par une hausse spectaculaire de l'indice de dépendance ; cette période d'augmentation devrait durer jusqu'aux années 2040.

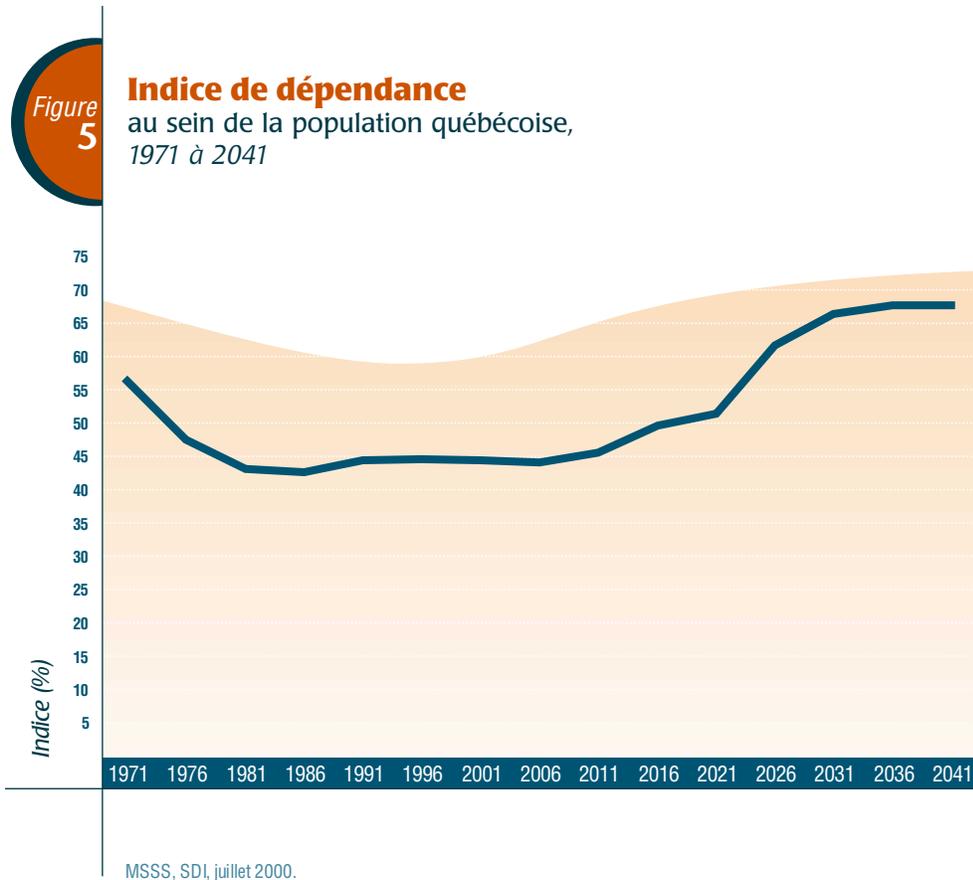


Tableau
1

Population du Québec selon certains groupes d'âge, situation au 1^{er} juillet, 1971 à 2021 (en milliers de personnes)

Année	Population totale	Population âgée de moins de 15 ans	Population âgée de 15 à 64 ans	Population âgée de 65 ans ou plus	Population active ¹
1971	6 155,6	1 802,9	3 933,4	419,3	2 347,0
1972	6 194,4	1 751,7	4 010,2	432,4	2 383,0
1973	6 235,2	1 699,6	4 090,3	445,4	2 499,0
1974	6 290,6	1 652,1	4 179,8	458,8	2 570,0
1975	6 352,4	1 612,2	4 267,7	472,5	2 647,0
1976	6 420,5	1 579,9	4 350,8	489,9	2 798,0
1977	6 455,1	1 542,3	4 407,2	505,9	2 879,0
1978	6 463,4	1 497,0	4 443,7	520,6	2 945,0
1979	6 488,8	1 458,7	4 491,8	538,2	3 003,0
1980	6 528,2	1 429,0	4 543,8	555,4	3 087,0
1981	6 567,8	1 410,4	4 583,7	573,7	3 130,0
1982	6 600,7	1 397,8	4 613,2	589,7	3 084,0
1983	6 623,8	1 386,5	4 633,5	603,8	3 141,0
1984	6 654,8	1 377,5	4 657,6	619,7	3 201,0
1985	6 689,8	1 368,2	4 683,3	638,4	3 269,0
1986	6 734,3	1 360,4	4 715,1	658,7	3 313,0
1987	6 806,7	1 366,4	4 756,1	684,1	3 384,0
1988	6 860,9	1 372,1	4 782,8	706,0	3 445,0
1989	6 949,2	1 384,1	4 834,4	730,7	3 481,0
1990	7 022,3	1 394,6	4 871,7	756,0	3 531,0
1991	7 066,9	1 397,6	4 886,9	782,6	3 522,0
1992	7 114,5	1 405,0	4 907,9	801,4	3 518,0
1993	7 166,4	1 408,7	4 937,9	819,8	3 546,0
1994	7 208,2	1 404,6	4 967,4	836,1	3 595,0
1995	7 241,9	1 392,4	4 995,7	853,6	3 612,0
1996	7 274,0	1 382,7	5 021,2	870,1	3 642,5
1997	7 302,6	1 368,6	5 043,1	890,9	3 677,1
1998	7 323,0	1 352,7	5 060,6	909,7	3 712,1
1999	7 345,4	1 336,2	5 083,2	926,1	3 701,6
2000	7 371,8	1 321,1	5 107,4	943,3	3 753,2
2001	7 399,9	1 308,4	5 131,2	960,3	3 790,7
2002	7 428,0	1 297,7	5 154,3	976,0	n. d.
2003	7 456,1	1 286,9	5 175,8	993,4	n. d.
2004	7 483,3	1 272,2	5 198,4	1 012,8	n. d.
2005	7 509,7	1 251,4	5 225,0	1 033,3	n. d.
2006	7 535,0	1 227,9	5 249,7	1 057,4	n. d.
2007	7 559,3	1 205,7	5 270,1	1 083,5	n. d.
2008	7 582,5	1 186,5	5 282,5	1 113,6	n. d.
2009	7 604,6	1 170,1	5 289,1	1 145,4	n. d.
2010	7 625,5	1 155,2	5 290,7	1 179,6	n. d.
2011	7 645,1	1 140,8	5 287,1	1 217,2	n. d.
2012	7 663,6	1 131,0	5 273,0	1 259,7	n. d.
2013	7 680,9	1 126,1	5 253,1	1 301,6	n. d.
2014	7 696,9	1 124,2	5 228,6	1 344,1	n. d.
2015	7 711,9	1 122,8	5 202,9	1 386,2	n. d.
2016	7 725,8	1 120,6	5 175,7	1 429,5	n. d.
2017	7 738,6	1 118,4	5 147,2	1 472,9	n. d.
2018	7 750,2	1 116,1	5 116,4	1 517,6	n. d.
2019	7 760,5	1 113,5	5 080,8	1 566,2	n. d.
2020	7 769,4	1 110,5	5 041,7	1 617,2	n. d.
2021	7 776,9	1 107,0	5 003,2	1 666,6	n. d.

1. Il s'agit d'une moyenne mensuelle.

MSSS, SDI, avril 2001.

Tableau
2

Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus parmi la population québécoise, 1971 à 2041 (en milliers de personnes)

Année	Population totale	Personnes âgées de 65 ans ou plus	Proportion (%)
1971	6 155,6	419,3	6,8
1981	6 567,8	573,7	8,7
1991	7 066,9	782,6	11,1
2001	7 399,9	960,3	13,0
2011	7 645,1	1 217,2	15,9
2021	7 776,9	1 666,6	21,4
2031	7 751,9	2 122,6	27,4
2041	7 550,8	2 182,4	28,9

MSSS, SDI, octobre 2000.

LA SOCIÉTÉ

Au cours des trente dernières années, le Québec a connu des changements sociaux d'une rapidité et d'une ampleur sans précédent. Jusqu'à la Révolution tranquille du début des années 1960, la société québécoise était caractérisée par un mode de vie traditionnel et une économie axée sur l'exploitation des ressources naturelles, dont le contrôle échappait en grande partie à la majorité francophone. L'Église occupait une place centrale dans la vie collective.

Graduellement, à partir des années 1960, l'État deviendra un levier économique important et un moteur de l'affirmation nationale. Les années suivantes seront marquées par des mutations profondes : l'entrepreneuriat se développe et le Québec s'affirme davantage économiquement et politiquement, autant sur la scène canadienne qu'à l'étranger. Durant cette période, l'économie québécoise connaîtra un rythme de croissance annuelle de plus de 5 %.

D'autres phénomènes marquants transforment la société. En éducation, par exemple, le Québec réalise d'immenses progrès et comble bientôt le retard qui le séparait d'autres provinces canadiennes. Les femmes entrent massivement sur le marché du travail ; la famille change, tant avec la chute du taux de fécondité qu'avec l'augmentation rapide du nombre des divorces et des unions libres.

Avec les années 1980, la croissance économique ralentit et le marché du travail se modifie : les impératifs de la productivité conduisent à la spécialisation des tâches et à la rationalisation des effectifs au sein des entreprises. Les emplois dits précaires (à temps partiel et travail occasionnel, à contrat ou à la pige) se multiplient et le taux de chômage se

maintient au-dessus de 10 %. De nouvelles formes de pauvreté apparaissent à la suite des mutations du marché du travail et de la dislocation des familles. Actuellement, un enfant sur cinq vit dans une famille monoparentale.

Toutefois, à la fin des années 1990, à travers une série de choix parfois difficiles mais combien nécessaires, le gouvernement québécois, à l'instar de plusieurs autres, réussit à rééquilibrer son budget et à assainir ses finances, ouvrant ainsi de meilleures perspectives pour l'avenir des générations montantes. En outre, par des programmes de retraite anticipée appliqués aux secteurs public et parapublic, il a offert de nouvelles possibilités d'emploi à ceux et celles qui veulent intégrer le marché du travail.

Désormais, le Québec se situe parmi l'élite mondiale dans plusieurs domaines, dont celui de la haute technologie ; qu'il suffise de mentionner l'aérospatiale, l'aéronautique, la biotechnologie, les télécommunications, le multimédia ou les techniques informatiques. La croissance économique a repris un rythme avoisinant les 2,5 % par an, alors que le taux de chômage chutait à son plus bas niveau depuis plus d'un quart de siècle, soit 8 %, au début de l'an 2001. En parallèle, jamais autant d'actions concertées, auxquelles participent tous les acteurs de la société québécoise, n'ont été entreprises afin d'améliorer la qualité de vie de chaque citoyenne et citoyen.

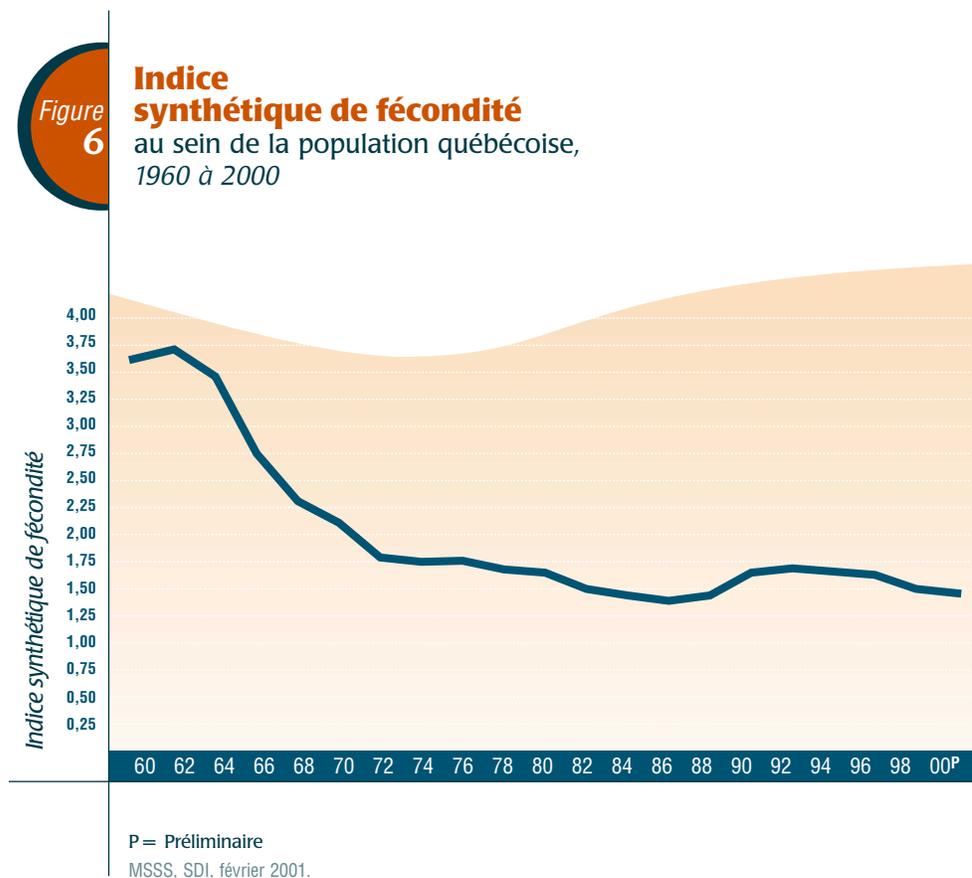
Enfin, grâce à des efforts soutenus, consentis par tous ses intervenants, le système de santé et de services sociaux se transforme pour s'adapter aux nouvelles réalités et tenter de répondre avec plus d'efficacité aux nouveaux besoins qui s'expriment.

Le système d'éducation n'est pas en reste non plus, cherchant lui aussi à s'adapter à la réalité des années 2000, marquée du sceau de la mondialisation et de la concurrence à grande échelle. Notamment, des efforts considérables, tant de la part des entreprises que de celle des acteurs du milieu éducatif, sont consacrés au rapprochement de ces deux pôles complémentaires, essence même d'une économie forte et en croissance.

Pour le Québec, les années 2000 s'ouvrent donc sur un avenir plein de promesses ; l'organisation des services de santé et des services sociaux se devra d'être au diapason de cette époque nouvelle.

DES CHIFFRES

De 1971 à 1986, le taux de nuptialité a diminué de moitié, pendant que le taux de divorce doublait. Le nombre annuel de naissances a également chuté dramatiquement, passant d'environ 144 500 à 72 000 en à peine quatre décennies. Cela se traduit par une baisse marquée de l'indice synthétique de fécondité³. De 3,6 en 1960, il s'établit en 2000 à 1,44 enfant par femme en âge de procréer ; il a même descendu jusqu'à 1,37 au milieu des années 1980. De surcroît, durant la période 1971-1986, la migration annuelle nette est le plus souvent négative.



3. L'indice synthétique de fécondité est le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une génération de femmes qui aurait connu les taux de fécondité observés, selon l'âge, au cours d'une année donnée.



P = Projection

MSSS, SDI, avril 2001.

Conséquence directe de la chute du taux de natalité, c'est-à-dire le nombre de naissances vivantes pour 1 000 personnes : la population vieillit. Les personnes âgées de 65 ans ou plus formaient, en 1991, environ 11 % de la population, ce qui plaçait encore le Québec parmi les sociétés les plus jeunes en Occident. Pourtant, le vieillissement démographique a déjà commencé à s'accélérer : en 2001, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus atteint 13 % ; en 2021, plus d'une personne sur cinq aura 65 ans ou plus et, en 2041, près de 29 % de la population aura atteint 65 ans.

Figure 8

Taux de natalité au sein de la population québécoise, 1960 à 2000

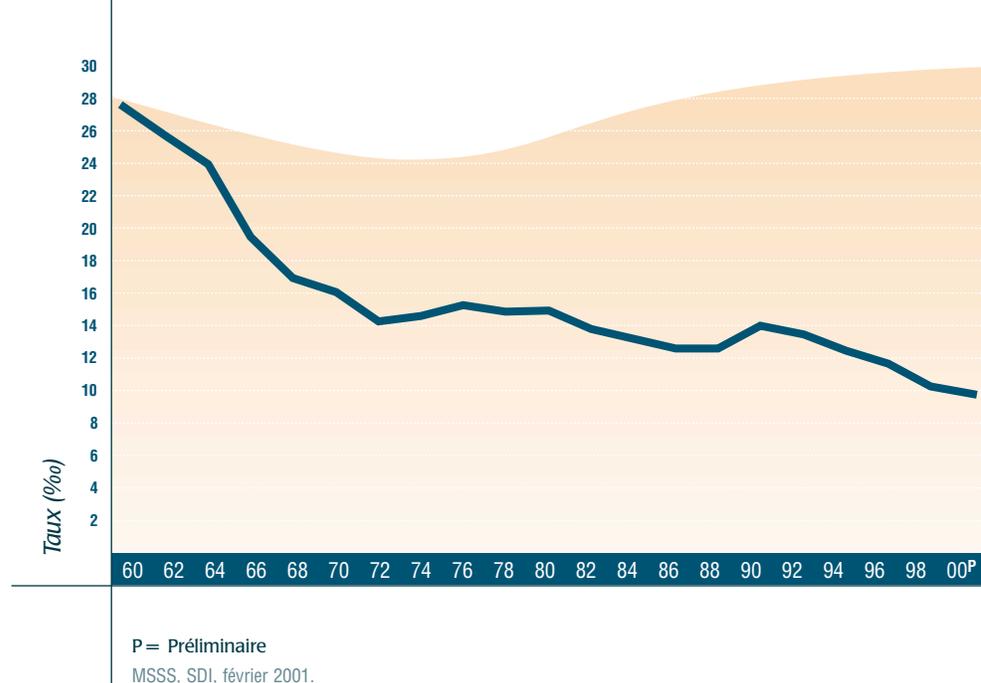
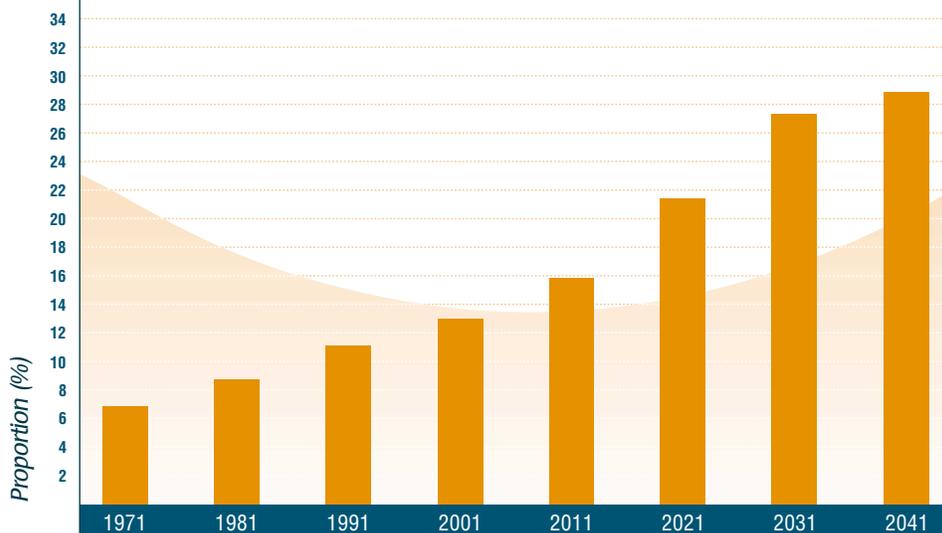


Figure 9

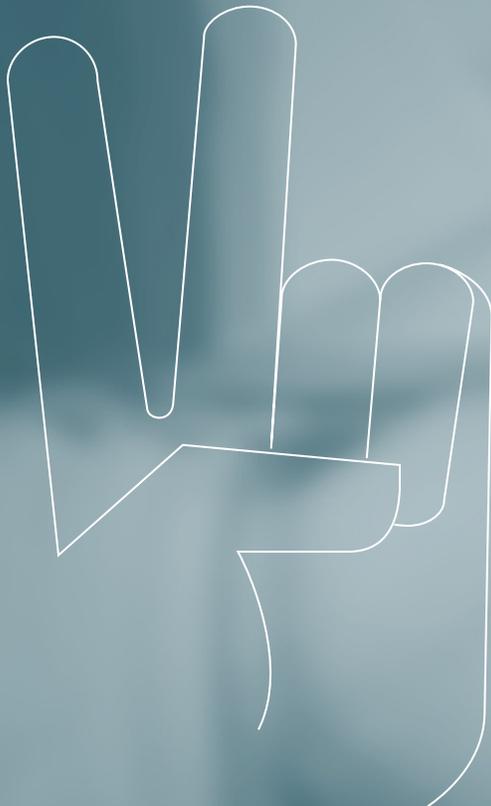
Proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus parmi la population québécoise, 1971 à 2041



MSSS, SDI, juillet 2000.



Un système de services intégré



- (L'historique et les lois
- (Les principales composantes
- (Les ressources humaines
- (Les ressources institutionnelles

UN SYSTÈME DE SERVICES INTÉGRÉ



Au Québec, on considère ensemble les questions relatives à la santé et au bien-être. Il s'agit là d'une orientation majeure de la politique sociale québécoise, d'ailleurs enviée par beaucoup de pays étrangers. Cette orientation s'est en particulier traduite par la mise en œuvre, en 1970, d'un système public de services qui place sous une même autorité, au sein d'un réseau intégré, les services de santé et les services sociaux. Cette particularité confère au système québécois une originalité qui, à l'échelle canadienne, lui est propre.

Les services de santé et les services sociaux sont des domaines de compétence provinciale au sein de la fédération canadienne⁴. Ils font par ailleurs l'objet de programmes à frais partagés avec le gouvernement fédéral, d'abord au moyen du Régime d'assurance publique du Canada (RAPC) et du Financement des programmes établis (FPE), jusqu'au 1^{er} avril 1996, puis, à partir de cette date, sur la base du programme de Transfert social canadien (TSC), actuellement désigné sous le titre de Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Cette participation du fédéral reste conditionnelle au respect, par les provinces, des normes nationales fixées dans le chapitre 3 de la Loi canadienne sur la santé.

Depuis 1970, les mêmes valeurs et les mêmes principes ont gouverné l'organisation des services de santé et des services sociaux. Ces principes constituent les véritables piliers du système public de santé et de services sociaux. Traduits selon la réalité d'aujourd'hui, ce sont :

- l'**universalité** des services, c'est-à-dire rendre les services accessibles à tous sans discrimination ;
- l'**équité** des services, c'est-à-dire partager équitablement les coûts en corrigeant les inégalités, compte tenu des besoins et des disparités de la richesse ;
- le **caractère public** des services, c'est-à-dire offrir des services gérés et financés par l'État ;
- l'**adaptation continue** des services, c'est-à-dire veiller à conserver la souplesse et la flexibilité du système.

Les services de santé et les services sociaux sont financés essentiellement par l'État, à même ses revenus généraux. Aujourd'hui, la part du financement public approche, dans les faits, les trois quarts des coûts globaux.

À la suite de la commission Rochon, mise sur pied au milieu des années 1980, d'importants changements sont survenus au sein du système de services dans les années 1990. À partir du milieu de cette décennie, le Ministère et ses partenaires entreprennent un virage majeur en faveur de services mieux adaptés aux nouvelles réalités, c'est-à-dire davantage

orientés vers la médecine ambulatoire et la proximité du milieu de vie des usagers. Ainsi, grâce aux nouvelles technologies et à des façons de faire novatrices, on veut enlever de la pression sur les ressources hospitalières au profit du soutien à domicile et des services d'un jour.

Ces changements se traduisent par une transformation du réseau des services. En effet, sans toutefois réduire le nombre de lieux physiques de prestation des services (les installations), on assiste à une diminution du nombre d'établissements, à un regroupement d'installations assumant diverses missions et à la modification des vocations pour un certain nombre d'entre elles.

De plus, une gestion financière basée sur l'objectif que le Québec se donne d'atteindre l'équilibre budgétaire vient accompagner ce mouvement d'adaptation des services. Ainsi, quelques programmes de mise à la retraite anticipée, comportant des conditions avantageuses, sont offerts aux ressources humaines qui s'en prévaudront largement.

Néanmoins, le troisième millénaire s'ouvre sur de nouveaux défis qui nous poussent à réfléchir collectivement, tant sur le chapitre de l'organisation et de la gouvernance du système que sur celui du financement de ce système ; il y a là un nouvel équilibre à trouver.

4. Voir l'annexe 1 : La participation du gouvernement fédéral.

L'HISTORIQUE ET LES LOIS⁵

Le bref résumé de l'histoire des services de santé et des services sociaux québécois qui suit n'inclut évidemment pas tous les rappels historiques nécessaires à une compréhension complète du rôle qu'ont pu jouer les différents acteurs dans l'évolution du système sociosanitaire québécois. Il n'a d'autre but que de situer le contexte qui a conduit au système d'aujourd'hui.

La politique sociale actuelle du Québec marque l'aboutissement d'une longue évolution dans les secteurs de la santé et des services sociaux. C'est bien avant 1960 que se manifestent les premières ébauches d'une volonté d'organisation en matière de santé et de bien-être social. Toutefois, dès ce moment et au cours des décennies qui suivent, plusieurs remises en question se traduiront par des réorientations et des réorganisations qui, à partir de 1970, permettront d'adapter le système aux nouvelles réalités et aux nouveaux besoins.

L'émergence d'une politique

Sous le régime français et au XIX^e siècle, le maintien et le financement des hôpitaux ainsi que les soins aux indigents sont assumés par les municipalités, les paroisses et les communautés religieuses, grâce à des subsides gouvernementaux, à des campagnes de charité et aux revenus de paroisse. En plus d'administrer la grande majorité des établissements de santé et d'assistance sociale, les communautés religieuses veillent à la formation et à l'emploi du personnel paramédical et social.

Toutefois, l'administration provinciale intervient relativement tôt dans le domaine de la santé publique avec la création, en 1834, du premier hôpital fondé par l'État et administré par des laïcs, l'Hôpital de la Marine. Puis, la Loi d'hygiène publique, promulguée en 1886, donne naissance au Conseil d'hygiène, en 1887, qui vient en quelque sorte chapeauter les bureaux d'hygiène municipaux. C'est le début d'une série d'interventions législatives et financières de l'État québécois.

Le Conseil d'hygiène est remplacé, en 1922, par le Service provincial d'hygiène, à la suite de l'adoption de la Loi d'assistance publique en 1921 ; celle-ci vise à obliger les municipalités à hospitaliser leurs indigents. Les frais sont répartis également entre le gouvernement, les municipalités et les institutions de charité.

Les unités sanitaires, créées en 1926, représentent les premiers organismes de santé publique et de médecine préventive au Québec. Elles remplaceront, à partir de 1930, les bureaux d'hygiène municipaux.

Le département (ministère) de la Santé, créé en 1936, se voit confier la responsabilité de surveiller l'application des lois portant sur l'hygiène et la santé publiques, sur l'assistance publique, sur les aliénés et sur l'inspection des hôpitaux et des autres institutions de charité. D'autres fonctions s'ajoutent à ces dernières : voir au développement de la santé publique, coopérer avec le gouvernement du Canada pour faciliter l'application des lois fédérales de santé publique dans la province, réaliser des études scientifiques sur la santé publique et, enfin, compiler annuellement les statistiques des naissances, des mariages, des décès et des causes de décès.

Au cours de 1941, le département de la Santé devient le département de la Santé et du Bien-être social. Puis, en 1944, ce dernier est scindé en deux entités distinctes : le département de la Santé et le département du Bien-être social. La même année, est promulguée la loi autorisant le gouvernement provincial à établir un système d'allocations familiales et à effectuer des paiements aux familles qui ont des enfants. Enfin, deux ans après sa création, le département du Bien-être social est remplacé par le département du Bien-être social et de la Jeunesse qui deviendra, en 1961, le ministère de la Famille et du Bien-être social.

Les années 1950 constituent une période fertile pour l'avenir de la santé publique et de la sécurité sociale. Le gouvernement du Canada établit deux mesures qui auront une importance déterminante dans la réforme sociosanitaire de la décennie suivante : l'assistance chômage, en 1956, et l'assurance hospitalisation, en 1957.

Les années 1960 et 1970 : une réforme

Les années 1960 constituent, au Québec, une période charnière dans les secteurs de la santé et du bien-être social. Les ressources humaines et physiques, les programmes et les services font l'objet d'une évolution qui souffre encore de l'absence d'une vision générale des choses, donc d'une politique d'ensemble, mais certains éléments commencent à se préciser.

5. Voir l'annexe 2 : La liste des lois en vigueur dans le domaine de la santé et des services sociaux.

UN CADRE LÉGISLATIF

Plusieurs lois promulguées alors marqueront le développement social du Québec.

Le Parlement provincial adopte, en décembre 1960, la Loi sur l'assurance hospitalisation. Le 1^{er} janvier 1961, les soins hospitaliers sont gratuits au Québec, c'est-à-dire à la charge de l'État.

En 1965, la Loi sur le régime de rentes du Québec est sanctionnée. Ainsi démarre un programme de sécurité sociale. En 1966, on adopte la nouvelle Loi sur les accidents du travail et la Loi sur l'assistance médicale. Durant l'été 1969, un autre événement important survient : la mise sur pied de la Régie de l'assurance maladie. Ce nouvel organisme doit mettre en place les mécanismes administratifs requis pour l'instauration du régime d'assurance maladie ; les services médicaux seront désormais à la charge de l'État.

Enfin, en décembre 1969, la Loi sur l'aide sociale est adoptée. Cette loi constitue un progrès considérable vers une politique sociale d'ensemble au Québec, en autorisant l'octroi de prestations d'aide aux citoyens qui sont dans l'incapacité de pourvoir seuls à leur subsistance.

UN CADRE ANALYTIQUE

Durant les années 1960, deux comités ont particulièrement influencé les orientations générales des pouvoirs publics dans les secteurs de la santé et du bien-être social : le Comité d'étude sur l'assistance publique (comité Boucher) et la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (commission Castonguay-Nepveu).

Dans son rapport de 1963, le comité Boucher recommande que le secteur public prenne la relève des activités d'assistance sociale jusqu'alors confiées à l'Église, aux familles, aux individus ainsi qu'à des organismes de bienfaisance et à des groupes bénévoles. Ce comité insiste sur la nécessité, pour le Québec, de se doter d'une politique économique et sociale d'ensemble qui permette une nouvelle intégration administrative des politiques relatives à la main-d'œuvre, à l'éducation, à la santé et au bien-être social. Le ministère de la Famille et du Bien-être social ne peut apporter seul les correctifs.

Novembre 1966 marque l'institution de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social présidée d'abord par monsieur Claude Castonguay, jusqu'en mars 1970, et ensuite par monsieur Gérard Nepveu, à partir d'avril de la même année. Cette commission a le mandat de faire enquête sur tous les domaines de la santé et du bien-être social.

Dans un premier temps, la Commission présente au gouvernement une conception d'ensemble de la sécurité sociale et prescrit les éléments fondamentaux du développement social : la santé, les services sociaux et la sécurité du revenu. Dans un second temps, elle définit une approche et un système sociosanitaire qui façonneront entièrement l'organisation des services de santé et des services sociaux du Québec. À titre d'exemple, le passage d'une conception d'hygiène publique à celle de santé communautaire illustre bien la nouvelle philosophie dynamique et innovatrice proposée pour la distribution des services.

LA RÉALISATION DE LA RÉFORME

Les Affaires sociales constituent désormais la pierre angulaire d'une politique globale de développement social. Sous l'impulsion des mesures et des activités des années antérieures, une nouvelle stratégie de développement social surgit à l'aube des années 1970.

On constate alors que la réalisation de la réforme, qui se fait pressante, ne peut s'appuyer que sur une conception d'ensemble des services sociaux, des services de santé et de la sécurité du revenu. Cette conception d'ensemble s'articule autour des moyens suivants : de nouvelles lois et des outils administratifs novateurs.

La réforme est centrée sur le nouveau ministère des Affaires sociales qui en devient le maître d'œuvre. La loi créant le ministère des Affaires sociales est sanctionnée en décembre 1970. Par la réunification des secteurs de la santé et du bien-être social, le législateur québécois compte mettre en place les éléments propices au développement social. Le nouveau ministère des Affaires sociales est constitué de la fusion du ministère de la Santé avec celui de la Famille et du Bien-être social.

Tout en veillant à l'intégration des deux ministères et à la restructuration des responsabilités administratives, le ministre a la tâche principale d'élaborer une politique de sécurité du revenu et de mettre en place les mécanismes de rationalisation et de contrôle du fonctionnement des établissements de santé et de bien-être social.

À partir de ce moment, une série de lois et de règlements précisent le cadre législatif dans lequel s'insère la mission sociale. La Loi sur l'assurance maladie, en 1970, puis la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en 1971, en définissent les grands paramètres. La première permet l'accessibilité financière par la gratuité des soins médicaux, des services de chirurgie buccale et des services

optométriques. La seconde élargit ce concept, car elle sous-tend une politique d'accessibilité universelle à des soins et à des services complets, continus, complémentaires et de qualité ; l'accessibilité géographique à ces soins et services devient primordiale. En outre, cette loi vise l'implantation d'un ensemble de services de santé et de services sociaux, ce qui facilite l'élaboration, tant sur le plan local que sur le plan régional, de programmes qui tiennent compte des relations entre les problèmes de santé, les problèmes sociaux et les difficultés économiques des citoyens.

Par la suite, on assiste à la création de l'Office des professions, puis à celle de la Commission des affaires sociales. Plusieurs lois concernant la protection de groupes de citoyens sont adoptées : Loi sur la protection de la santé publique, Loi sur la protection du malade mental, Loi sur la protection de la jeunesse et Loi assurant l'exercice des droits de la personne handicapée. Un régime d'allocations familiales est également instauré par le gouvernement du Québec, à l'instar du gouvernement fédéral. À cela, il faut ajouter la Loi sur les services de garde à l'enfance et la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

En 1974, la structure administrative du Ministère regroupe sept directions générales, dont celles de la planification et de la programmation ; on vise la cohérence et la rationalité entre les divers établissements producteurs de soins constitués en un système global. La planification, la hiérarchisation des établissements, des soins et des décisions ainsi que la coordination entre les divers niveaux supposent la centralisation administrative.

LA CONSOLIDATION

Vers la fin des années 1970, l'idée d'un ensemble coordonné, pour ne pas dire hiérarchisé, de services de santé et de services sociaux fait place, peu à peu, à la perception d'un système sociosanitaire complexe où plusieurs acteurs, ayant leur rationalité propre, sont en relation les uns avec les autres. Cette vision plus réaliste de la dynamique de notre système sociosanitaire correspond également à une période où l'on entend de plus en plus souvent les termes réallocation, compression et rationalisation. Cette consolidation se traduit notamment par de nombreuses modifications législatives que l'on retrouve dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Ainsi, au début des années 1980, le ministère des Affaires sociales en arrive donc à une étape essentielle de consolidation et de rationalisation de ses interventions en matière de santé publique et de services sociaux, dans une optique de complémen-

tarité entre établissements. La croissance des coûts liés à la santé, juxtaposée aux restrictions budgétaires et aux coupures de personnel dictées par la dernière crise économique (crise pétrolière de 1982), oblige le ministère des Affaires sociales à une gestion serrée des fonds publics.

Le Ministère conserve l'autorité politique et administrative qui lui permet de veiller au développement des deux axes de sa politique, soit la santé et les services sociaux, et d'accomplir ainsi son double mandat : d'une part, élaborer et coordonner les grandes politiques et les programmes d'ensemble du développement social au Québec et, d'autre part, évaluer les services de santé et les services sociaux et s'assurer de la distribution adéquate de ces services sur l'ensemble du territoire québécois. En fait, et surtout à partir de 1981, plusieurs de ces mandats sont confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) qui voient leurs responsabilités et leurs pouvoirs s'élargir, dans un contexte de déconcentration administrative.

Les années 1980 et 1990 : une révision en profondeur

Les années 1980 marquent un changement important dans le mandat du ministère des Affaires sociales qui, en 1981, se départit de la gestion de l'aide sociale, dont il était responsable depuis 1969. Cette modification entraînera, en 1985, une nouvelle appellation du ministère des Affaires sociales qui deviendra alors le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Au milieu des années 1980, le réseau de services de santé et de services sociaux laisse voir des signes d'essoufflement : les listes d'attente s'allongent dans quelques secteurs ; les urgences des hôpitaux sont souvent engorgées ; on déplore la vétusté de certaines installations et de certains équipements ; des usagers manifestent leur mécontentement ; enfin, la question du rythme de croissance des dépenses de certains programmes devient préoccupante.

Ainsi, en 1985, le gouvernement institue la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (commission Rochon). La Commission proposera plusieurs mesures qui devront prendre appui sur trois grandes orientations : l'adoption d'une politique gouvernementale de la santé et du bien-être, la régionalisation du système de services et l'adoption d'une « approche population », en particulier pour l'allocation des ressources et la prestation des services. Ces recommandations conduiront à la réforme du début des années 1990, basée sur une plus grande décentralisation administrative.

UNE STRATÉGIE RÉVISÉE

Le Québec entreprend donc de réviser sa stratégie en matière de santé et de bien-être. La révision conduit d'abord à concevoir une politique d'ensemble de la santé et du bien-être, publiée en 1992, qui propose de replacer la santé et le bien-être au cœur de tous les secteurs de la vie collective. Elle conduit également à adapter et à réorganiser le réseau des services en même temps qu'elle entraîne une véritable régionalisation, concrétisée par l'adoption de la nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre 42, 1991) et, plus tard, de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (chapitre 38, 1998). Cette révision amène enfin le gouvernement à adopter des orientations propres à freiner le rythme d'augmentation des dépenses publiques liées à la santé et aux services sociaux, et à rendre le système plus performant. La nouvelle stratégie en matière de santé et de bien-être s'articule autour de ces trois grands moyens complémentaires.

La Politique de la santé et du bien-être fixe au système des objectifs précis qui orienteront désormais toutes ses activités. Dans les faits, elle substitue à l'obligation de se doter de moyens, c'est-à-dire offrir des services de qualité, accessibles et continus — obligation qui a traditionnellement guidé l'organisation et le fonctionnement du système —, celle d'obtenir des résultats en ce qui concerne la santé et le bien-être de la population. La Politique vise enfin à établir une plus grande équité entre les personnes et les groupes sociaux, au regard de la santé et du bien-être, et non plus simplement par rapport à l'accès aux services.

Par ailleurs, elle place davantage le citoyen au centre du système, à la fois comme usager et décideur. Les rôles et fonctions de tous les partenaires sont redéfinis par rapport à cet usager, c'est-à-dire la personne à soigner, à soutenir et à aider. La réforme prend assise sur cette idée maîtresse, qui se traduit dans les orientations suivantes :

- l'affirmation des droits des usagers et des usagères et la mise en place de mécanismes efficaces de traitement des plaintes ;
- la redéfinition des missions des établissements en fonction des clientèles, ce qui conduit en particulier au regroupement, sous l'autorité d'un même conseil d'administration, des établissements qui offrent des services à la même population sur un territoire donné ;
- le renforcement des services de premier recours (première ligne), afin d'améliorer l'accès aux services pour tous les citoyens et citoyennes, partout sur le territoire ;

- la régionalisation et une plus grande démocratisation de tous les centres de décisions, autant à l'échelon local qu'à l'échelon régional.

La nouvelle stratégie repose sur deux grandes convictions. La première se résume ainsi : la santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre la personne et son milieu. Dans cette perspective, le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être doivent s'appuyer sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les institutions, les entreprises et les pouvoirs publics. Toutes les interventions doivent donc permettre à la personne d'exercer son pouvoir de décision sur les différents aspects de sa vie, et à la famille de jouer pleinement son rôle ; elles doivent également favoriser le dynamisme des milieux de vie et la solidarité. Le réseau des services doit, par ailleurs, jouer un rôle actif pour soutenir le partenariat nécessaire en vue de favoriser la santé et le bien-être.

Une seconde conviction oriente toutes les interventions réalisées à l'intérieur du système : la santé et le bien-être représentent tant un investissement pour la société qu'un important facteur de dynamisme et de progrès. En somme, la santé et le bien-être sont des valeurs fondamentales en même temps que la richesse première d'une société. C'est en outre le premier facteur, et de loin le plus important, du développement de celle-ci, et ce, à tous les points de vue. Tous les efforts doivent maintenant tendre à faire prendre conscience aux individus, comme aux collectivités, de leurs responsabilités premières en ce qui concerne leur santé et leur bien-être.

UN RÉSEAU TRANSFORMÉ

Au milieu des années 1990, on entreprend l'immense tâche de transformer le réseau de la santé et des services sociaux afin de l'adapter aux besoins changeants de la population, à l'évolution des façons de faire et à la capacité de payer de la collectivité.

C'est autour d'un objectif commun que cette transformation va s'articuler : améliorer l'accessibilité aux services tout en consolidant la régionalisation. L'ensemble des acteurs engagés au sein du réseau sociosanitaire seront mobilisés à cette fin et toutes les énergies disponibles seront canalisées vers l'atteinte du but fixé.

La réussite du projet repose sur la construction de réseaux de services intégrés, établis sur la présence de points d'accès aux services de base sur le plan local, soit les territoires de CLSC, et sur la mise en place de mécanismes simples d'accès aux services spécialisés à l'échelon régional et aux services « surspécialisés » à l'échelle nationale.

Les services directs à la population deviennent la préoccupation majeure du réseau et la première obligation des organisations qui en font partie. La transformation du réseau de la santé et des services sociaux s'appuie alors sur certains éléments structurels stratégiques et quelques principes d'action, dont :

- l'offre d'une gamme complète de services de base sur le territoire local, de façon à rapprocher ces services le plus près possible du milieu de vie des personnes ;
- la détermination de la région comme centre de la coordination des services, permettant de concrétiser la décentralisation administrative — élément-clé de la réorganisation des structures et des réarrangements de l'offre de services ;
- l'instauration de paramètres nationaux pour l'allocation équitable des ressources, la définition des conditions d'accès aux services, la détermination de standards de qualité élevés ainsi que la détermination d'objectifs et de cibles nationales quant aux problèmes prioritaires ;
- le choix d'une gestion fondée sur les résultats, où la qualité des services marque l'ensemble des interventions du réseau et où les actions sont déterminées tant en fonction des résultats obtenus qu'en fonction des dépenses encourues ;
- et, la mise en place de mécanismes de reddition de comptes, outil essentiel à l'imputabilité des acteurs quant aux responsabilités qui leur sont dévolues.

Toutes ces actions s'accompagnent de gestes législatifs, tels que l'adoption de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (chapitre 38, 1998), et la Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (chapitre 32, 1996), ou encore de gestes administratifs, tels que les nombreux regroupements d'établissements et changements de missions, la création de l'Institut national de la santé publique et la restructuration du Ministère lui-même.

En particulier, l'instauration d'un régime public d'assurance médicaments aura permis à toutes les Québécoises et à tous les Québécois non couverts par un régime collectif d'assurance privée d'avoir accès aux services pharmaceutiques dont ils ont besoin.

Les années 2000 : un équilibre à trouver

Malgré toutes les actions entreprises, des problèmes subsistent, et l'horizon prévisible s'assombrit d'une dynamique d'accélération de la croissance des coûts prenant sa source, pour une bonne part, dans le

vieillesse rapide de la population et dans l'ampleur de la révolution technologique. Celle-ci se définit autour de trois grandes composantes : le développement rapide des technologies de l'information et de la communication (TIC) ; le développement technologique et la sophistication des équipements médicaux ; l'arrivée de nouveaux médicaments due aux percées de la recherche pharmaceutique.

Cette situation préoccupante a conduit le gouvernement du Québec à créer, en juin 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux afin de revoir l'organisation et le financement des services. Il en a confié la présidence à M. Michel Clair, qui devait veiller à ce que la population québécoise puisse livrer aux commissaires ses suggestions quant à l'équilibre à atteindre devant l'évolution rapide des besoins, l'organisation efficace des services et les possibilités de financement.

En janvier 2001, la Commission déposait son rapport et soumettait au gouvernement du Québec les paramètres du nouvel équilibre. En fait, compte tenu des lacunes qu'elle a relevées, la Commission a proposé une vision d'avenir à la population québécoise quant à l'organisation, à la gouvernance, à la prestation et au financement des services socio-sanitaires.

Parmi les recommandations et les propositions de la Commission, certaines suggèrent des orientations et des politiques susceptibles de créer une nouvelle dynamique au sein du système ; d'autres, plus explicites, visent la détermination, à court terme, des conditions propices à la mise en place de solutions concrètes aux problèmes qu'elle a constatés.

La Commission fonde le succès de toute l'entreprise sur une synergie étroite entre les acteurs du réseau et la responsabilisation de tous, de l'utilisateur jusqu'à l'autorité ministérielle, dans le but de réduire, sinon d'éliminer, les rigidités qui paralysent le système et l'empêchent d'évoluer vers l'équilibre recherché. C'est à cette condition que le système socio-sanitaire québécois pourra s'engager résolument dans le troisième millénaire, doté des moyens nécessaires pour relever avec optimisme les défis qu'offre l'avenir.

LES PRINCIPALES COMPOSANTES

Le système de santé et de services sociaux du Québec est formé d'une structure à trois paliers. Le premier est représenté par les établissements, le second, par les régies régionales, et le troisième, par le Ministère. Les organismes communautaires jouent également un rôle de premier plan dans plusieurs

domaines d'activité. Comme les établissements, ils sont représentés dans les instances de décision régionales. Enfin, les cabinets privés de médecins viennent compléter la liste des principales composantes du système de services.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est chargé de la coordination et de la régulation du système. Plus précisément, il fixe les orientations et les objectifs en matière de santé et de bien-être, définit les politiques, sanctionne les priorités et les plans d'organisation de services des régions, répartit les ressources entre ces dernières et évalue les résultats. Le Ministère voit également à la promotion de l'enseignement et de la recherche, et il coordonne le programme de santé publique. Enfin, il précise les politiques d'adaptation de la main-d'œuvre en plus de négocier les conditions de rémunération des professionnels et du personnel du réseau de la santé et des services sociaux.

Les régies régionales de la santé et des services sociaux, quant à elles, sont les maîtres d'œuvre de la planification et de l'organisation des services sur leur territoire. Elles disposent de pouvoirs étendus et de tous les leviers nécessaires pour organiser et adapter les ressources selon les besoins du milieu. Les régies doivent rendre compte de leur gestion, d'une part, à la population de leur territoire et, d'autre part, à l'autorité ministérielle.

MISSION ET RÉSEAU

Il existe cinq grandes missions ministérielles assumées par le réseau des établissements socio-sanitaires ; on distingue donc cinq catégories d'établissements :

- les **centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)**, qui ont la mission d'offrir dans la région des services de nature psychosociale — y compris des services d'urgence sociale —, aux jeunes dont la situation l'exige en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur les jeunes contrevenants (Lois révisées du Canada, 1985, chapitre Y-1), ainsi que des services en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption et de recherche des antécédents biologiques ;
- les **centres locaux de services communautaires (CLSC)**, qui ont pour mission d'offrir, en première ligne, à la population du territoire qu'ils couvrent, des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion ;

- les **centres hospitaliers (CH)**, qui ont la mission d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés, dans les secteurs de la santé physique et de la santé mentale ;
- les **centres d'hébergement et soins de longue durée (CHSLD)**, qui ont pour mission d'offrir, de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation et des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage ;
- les **centres de réadaptation (CR)**, qui ont la mission d'offrir des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, ou à cause de leur alcoolisme ou d'autres toxicomanies, ont besoin de tels services, ainsi que des services d'accompagnement et de soutien à leur entourage.

Avec la transformation du réseau, plusieurs établissements assument maintenant plus d'une mission. En fait, plus du tiers des établissements poursuivent des missions multiples, et ceux-ci accaparent plus des trois quarts du budget du réseau. Parmi les regroupements les plus fréquents, notons les CH-CHSLD (au nombre de 69 le 31 mars 2001), les CLSC-CHSLD (47 le 31 mars 2001) et les CLSC-CHSLD-CH (22 le 31 mars 2001). Par ailleurs, il n'y a plus qu'un seul cas où un établissement assume la mission CPEJ de façon unique. Les établissements de cette catégorie ont presque tous été regroupés avec des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CR JDA) et des centres de réadaptation pour jeunes mères en difficulté d'adaptation (CR MDA) pour former les nouveaux **centres jeunesse** (15 le 31 mars 2001).

À ce réseau d'établissements s'ajoute (en 1999-2000) un réseau de quelque 5 000 organismes communautaires, dont plus de 2 750 sont subventionnés par le Ministère et quelque 660, par les régies régionales. Ce réseau compte quatre catégories d'organismes s'adressant à des groupes d'usagers particuliers. D'abord, il y a des organismes de prévention, de promotion de la santé et de services à la communauté ; ils s'occupent, entre autres, d'adoption, de personnes alcooliques ou autres toxicomanes, de personnes handicapées, de personnes âgées. Ensuite, il y a ceux qui offrent des

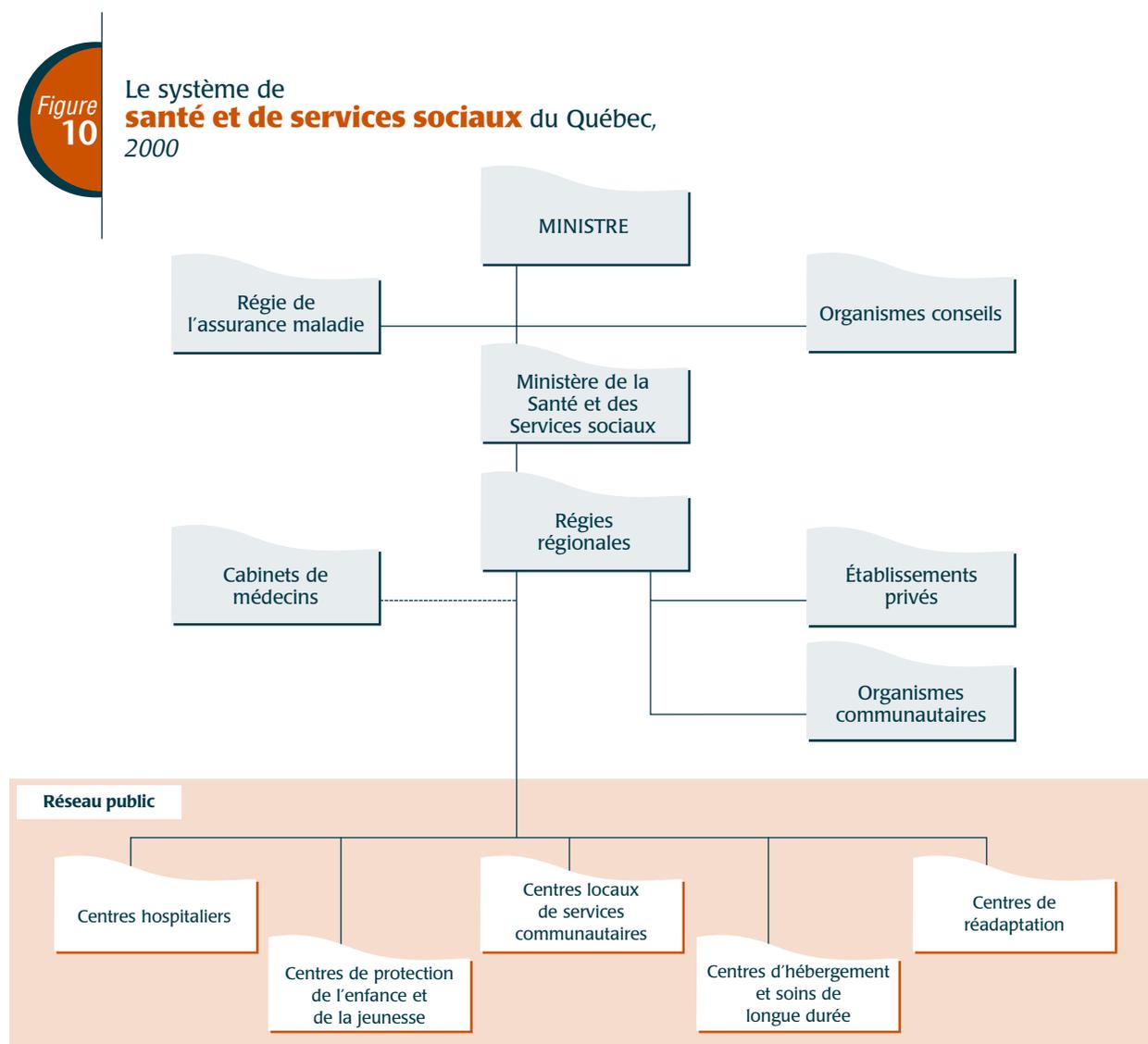
services aux femmes victimes de violence ; ce sont les maisons d'hébergement, les organismes d'aide aux victimes d'agressions à caractère sexuel, les centres de femmes, et autres. Il existe également des organismes qui se consacrent aux services à la jeunesse et ceux qui offrent des services de soutien à domicile.

En plus des organismes communautaires, il existe des organismes spéciaux appelés à jouer un rôle de soutien auprès d'individus affligés de problèmes de santé mentale et auprès de leur famille : il s'agit des « ressources alternatives en santé mentale » (ex. : service de répit-dépannage).

À toutes ces ressources, il faut ajouter les cabinets privés de professionnels ainsi que certaines catégories de services externes, tels que les centres de jour, les services d'apprentissage aux habitudes de travail, les foyers de groupe et les appartements supervisés.

Enfin, il y a la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Cet organisme a pour fonction d'appliquer et d'administrer le régime d'assurance maladie institué par la Loi sur l'assurance maladie, celui de l'assurance médicaments ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie. Il doit, entre autres, assumer, conformément à la loi, aux règlements, aux ententes et aux accords, le paiement ou le remboursement des services et des biens prévus aux divers programmes sous sa responsabilité ainsi que le contrôle de l'admissibilité aux régimes. La RAMQ constitue également l'un des principaux entrepôts de données sociosanitaires au Québec, devant gérer plusieurs systèmes d'information du Ministère en plus des siens propres.

La figure 10 illustre les liens entre les différents éléments de la structure.



LES RESSOURCES HUMAINES

Dans ce document, par ressources humaines, on entend principalement les professionnels de la santé, dont les médecins, omnipraticiens et spécialistes, l'effectif du réseau des établissements, cadres et syndiqués, en particulier les infirmières, ainsi que le personnel administratif du Ministère et de la RAMQ.

Le système sociosanitaire public québécois emploie, en 1999-2000, quelque 250 000 personnes, soit un peu moins de 7 % de l'ensemble de la population active du Québec. De ce nombre, on compte environ 20 250 professionnels qui reçoivent des honoraires remboursés par la RAMQ, dont près de 14 300 médecins, quelque 228 000 employés cadres et syndiqués au sein du réseau d'établissements, incluant un peu plus de 99 600 infirmières, infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires, et près de 2 000 employés cadres, syndiqués, occasionnels et contractuels au Ministère et à la RAMQ.

En 1999, on comptait 1,94 médecin pour 1 000 personnes au Québec, c'est-à-dire un médecin pour chaque tranche de 515 personnes. Au milieu des années 1990, le rapport dépassait les 2 pour 1 000. En grande majorité, les médecins sont rémunérés sous le mode dit « à l'acte et à l'unité ». Mais, alors que le mode de rémunération « à salaire » prend du recul, celui dit « à honoraires forfaitaires » connaît une forte hausse depuis le début de la décennie. En 1999, un nouveau mode de rémunération est apparu, soit la rémunération mixte (en partie à l'acte, en partie selon un forfait quotidien). Un peu plus de 1 000 médecins ont été rémunérés sous ce mode à un moment ou à un autre de l'année, pour un montant d'environ 30 millions de dollars, soit 1,3 % de l'ensemble de la rémunération des médecins.

Chez les autres professionnels rémunérés par la RAMQ, qu'il s'agisse des dentistes, des optométristes ou des pharmaciens propriétaires, on note une amélioration du rapport « nombre de personnes par professionnel ».

Au sein du réseau d'établissements sociosanitaires québécois, en 1999-2000, on observe un rapport de 18,2 employés syndiqués par cadre. Il s'agit d'une augmentation sensible par rapport à celui qui prévalait au début de cette décennie (12,3 employés par cadre). Le nombre de cadres a cependant diminué beaucoup plus fortement que celui des employés syndiqués, les proportions étant respectivement de -33 % et -1,5 %.

La masse salariale des employés cadres et syndiqués du réseau atteint 5,9 milliards de dollars, en 1999-2000. Le salaire moyen d'un cadre est de 63 139 \$ par an, alors que celui d'un employé syndiqué se situe à 35 028 \$, soit 26 600 \$ pour les employés de bureau et 50 300 \$ pour les professionnels. Depuis le milieu des années 1990, on observe une hausse importante du temps supplémentaire ; en 1999-2000, on y a consacré 120 millions de dollars. De plus, malgré une remontée en 1998-1999 et en 1999-2000, on remarque une diminution du nombre d'employés syndiqués à temps complet régulier depuis le milieu des années 1990. En fait, la diminution du nombre d'employés à temps complet régulier a touché essentiellement les catégories d'emploi nécessitant une formation courte. Par ailleurs, l'augmentation du salaire moyen est plus élevée dans les catégories d'emploi où une formation plus avancée est nécessaire, en particulier pour les infirmières bachelières (hausse de 21 %).

Parmi le personnel infirmier, les diplômés des universités et des cégep voient leur poids relatif s'accroître, alors que la situation est inversée pour les infirmières et les infirmiers auxiliaires.

Enfin, entre 1990-1991 et 1999-2000, on note une baisse de 40 % de l'effectif du Ministère, surtout parmi les cadres et les fonctionnaires, mais on observe une hausse de 7 % en 2000-2001. Pendant ce temps, l'effectif de la RAMQ est demeuré à peu près stable, si ce n'est un léger recul, tant chez les fonctionnaires que chez les cadres. Malgré que le groupe des fonctionnaires soit encore de loin le plus nombreux dans cet organisme, celui des professionnels ne cesse de voir son poids relatif augmenter.

DES CHIFFRES

Les médecins et autres professionnels rémunérés par la RAMQ

Deux sources font état du nombre de médecins au Québec. En premier lieu, il y a les fichiers de la RAMQ, où apparaissent les médecins inscrits à la Régie et soumis à une entente, qui exercent soit au Québec, soit hors du Québec, et qui ont présenté au moins une demande de paiement à la Régie durant l'année ; ce sont les médecins dits « actifs ». Le nombre de médecins « actifs » exerçant au Québec apparaît dans plusieurs documents statistiques du Ministère et de la RAMQ et, selon ces chiffres, le rapport est d'un médecin pour 515 personnes.

Par contre, quand on veut établir des comparaisons, tant sur le plan interprovincial qu'à l'échelle internationale, en ce qui concerne le nombre de médecins pour une population donnée, il faut utiliser les données fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) afin d'avoir une base de comparaison commune. Ces informations sont puisées à même les fichiers du Southam Medical Data Base, gérés par la firme Southam Communications Limited, de Scarborough, en Ontario. Il s'agit moins d'un système de données statistiques que d'un fichier de noms et d'adresses monté à partir de questionnaires remplis par les médecins canadiens. Le nombre des médecins québécois qui y sont répertoriés correspond à peu près à l'ensemble des médecins inscrits à la Régie et soumis à une entente avec l'État, qu'ils exercent au Québec ou non, mais, sans qu'ils aient nécessairement transmis une demande de rémunération à la Régie. De plus, la répartition par catégories de médecins et par spécialités est différente de celle qui est observée dans les statistiques produites par la RAMQ car, dans le Southam Medical Data Base, le terme « spécialiste » ne correspond pas toujours à la définition utilisée dans les régimes provinciaux d'assurance maladie.

Nous avons retenu ici la définition qui apparaît dans les *Statistiques annuelles de la RAMQ*, c'est-à-dire celle des médecins « actifs ».

En 1999, quelque 20 250 professionnels de la santé rémunérés par la RAMQ offrent des services à la population québécoise, pour un rapport de 363 personnes par professionnel. De ce nombre, 14 268 sont des médecins, soit 7 114 omnipraticiens et 7 154 spécialistes. Au début de la décennie, on observait un plus grand nombre d'omnipraticiens (7 093) que de spécialistes (6 772) ; depuis 1993, la situation est inversée. En 1999, on compte un médecin par tranche de 515 personnes ; en 1990, le rapport était de 1 pour 506. Chez les dentistes, le rapport « nombre de personnes par professionnel » est passé de 2 541 à 2 211, soit une amélioration de 13 %. Chez les optométristes et les pharmaciens propriétaires, le rapport a connu des améliorations respectives de 8,1 % et 15,1 % entre 1990 et 1999.

De 1990 à 1996, le rapport « nombre de médecins pour 1 000 personnes » est passé de 1,97 à 2,02. Toutefois, en 1997, il a chuté à 1,96, puis à 1,93 en 1998, ce qui traduit les mises à la retraite anticipée. En 1999, on note une légère remontée (1,94), mais uniquement pour les omnipraticiens.

Globalement, en 1999, 86,4 % de la rémunération des médecins est effectuée sous le mode dit « à l'acte et à l'unité » ; les trois autres modes — le salaire (3,0 %), la rémunération mixte (1,3 %) et l'honoraire forfaitaire (9,3 %) — se partagent le reste. Pendant que la rémunération à honoraires forfaitaires (à la vacation) connaît une forte hausse, depuis 1990 (92 %), la rémunération à salaire, après avoir connu un sommet en 1994, régresse de sorte que, sur l'ensemble de la période, on observe une baisse de 20 % pour ce mode. Quant à la rémunération à l'acte et à l'unité, après une hausse continue jusqu'en 1995 (19,5 % de 1990 à 1995), suivie d'une stabilisation, elle a connu une hausse significative en 1999.

En tenant compte du fait qu'un certain nombre de médecins peuvent être rémunérés selon plus d'un mode, on constate en 1999 que les deux tiers d'entre eux sont rémunérés à l'acte et à l'unité, 28,3 %, à honoraires forfaitaires ou selon une rémunération mixte et 5,3 %, à salaire ; les proportions étaient de 73,5 %, 18,3 % et 8,2 %, respectivement, en 1990.

Figure 11

Évolution des **montants remboursés aux médecins « actifs »**, selon le mode de rémunération, au Québec, 1990 à 1999

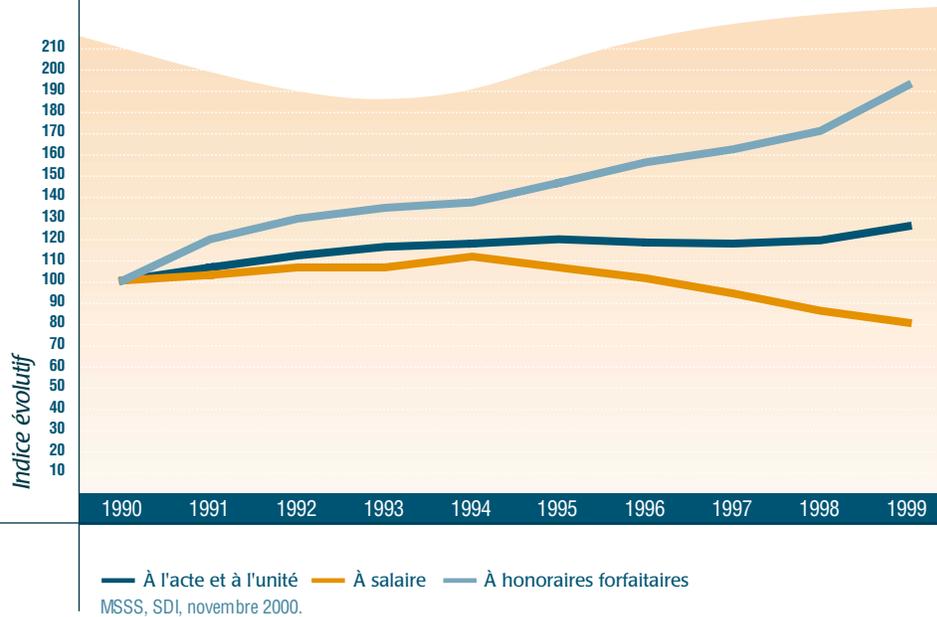


Figure 12

Nombre de **médecins « actifs »** selon le mode de rémunération, au Québec, 1990 à 1999

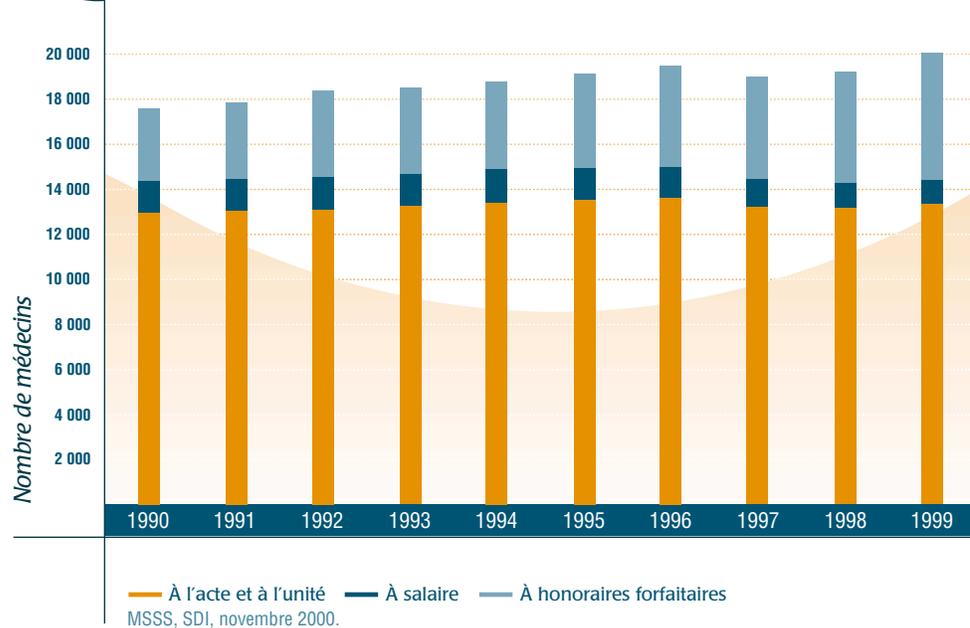


Tableau
3**Nombre de professionnels¹ de la santé**

rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec et rapport « nombre de personnes par professionnel », selon la catégorie de professionnels, 1990 à 1999

Catégorie de professionnels	Unité	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Ensemble des professionnels	Nombre Rapport	18 857 372	19 162 369	19 338 368	19 655 365	19 945 361	20 239 358	20 482 355	20 108 363	19 999 367	20 244 363
Omnipraticiens (et résidents)	Nombre Rapport	7 093 990	7 085 997	7 131 998	7 099 1 009	7 153 1 008	7 243 1 000	7 346 990	7 063 1 035	6 953 1 055	7 114 1 033
Spécialistes	Nombre Rapport	6 772 1 037	6 883 1 027	6 941 1 025	7 131 1 005	7 256 993	7 301 992	7 354 989	7 228 1 011	7 159 1 024	7 154 1 027
Dentistes (et chir. buccale)	Nombre Rapport	2 763 2 541	2 874 2 459	2 902 2 452	2 979 2 406	3 054 2 360	3 140 2 306	3 196 2 276	3 213 2 274	3 262 2 248	3 323 2 211
Optométristes	Nombre Rapport	1 004 6 993	1 021 6 922	1 050 6 776	1 069 6 704	1 088 6 625	1 102 6 572	1 114 6 530	1 113 6 566	1 130 6 490	1 143 6 426
Pharmaciens- propriétaires	Nombre Rapport	1 225 5 731	1 299 5 440	1 314 5 414	1 377 5 204	1 394 5 171	1 453 4 984	1 472 4 942	1 491 4 901	1 495 4 905	1 510 4 865

1. Il s'agit des professionnels « actifs » au Québec, c'est-à-dire soumis à une entente avec la RAMQ, exerçant au Québec et ayant présenté au moins une demande de paiement durant l'année ; ces nombres apparaissent dans les *Statistiques annuelles de la RAMQ*.

MSSS, SDI, novembre 2000.

Tableau
4**Nombre de médecins¹ pour 1 000 personnes,**

selon la catégorie de médecins, au Québec, 1990 à 1999

Catégorie de médecins	Unité	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Ensemble des médecins	Nombre /1 000 pers.	13 865 1,97	13 968 1,98	14 072 1,98	14 230 1,99	14 409 2,00	14 544 2,01	14 700 2,02	14 291 1,96	14 112 1,93	14 268 1,94
Omnipraticiens	Nombre /1 000 pers.	7 093 1,01	7 085 1,00	7 131 1,00	7 099 0,99	7 153 0,99	7 243 1,00	7 346 1,01	7 063 0,97	6 953 0,95	7 114 0,97
Spécialistes	Nombre /1 000 pers.	6 772 0,96	6 883 0,97	6 941 0,98	7 131 1,00	7 256 1,01	7 301 1,01	7 354 1,01	7 228 0,99	7 159 0,98	7 154 0,97

1. Il s'agit des médecins « actifs » au Québec, c'est-à-dire soumis à une entente avec la RAMQ, exerçant au Québec et ayant présenté au moins une demande de paiement durant l'année ; ces nombres apparaissent dans les *Statistiques annuelles de la RAMQ*.

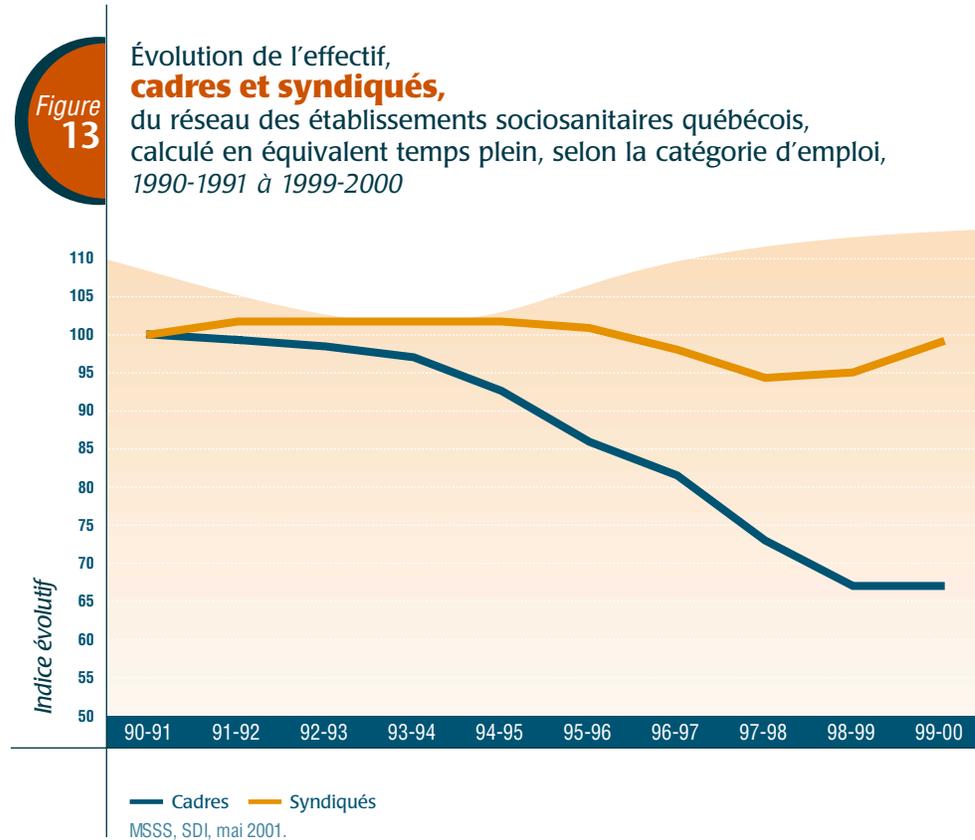
MSSS, SDI, novembre 2000.

L'effectif du réseau

L'effectif du réseau peut être exprimé en « nombre de personnes en poste », quel que soit le statut occupationnel de ces personnes, ou en « équivalent temps plein » (ETP), où un ETP correspond à 1 826,3 heures rémunérées sur une base annuelle.

Au 31 mars 1991, 62,3 % de l'effectif (cadres et syndiqués) du réseau, exprimé en ETP, avaient un statut occupationnel de temps complet régulier (TCR) ; au 31 mars 2000, la proportion n'est plus que de 58,6 %.

Pour les cadres, la proportion de TCR est passée de 89,8 % à 91,0 % tandis que, pour les syndiqués, la tendance est inversée et la proportion passe de 60,1 % à 56,8 %. En 1990-1991, on avait un rapport de 12,3 syndiqués par cadre dans le réseau ; en 1999-2000, le rapport atteint 18,2. Ainsi, durant cette période, la proportion de cadres a chuté de 33 %, alors que celle des syndiqués diminuait de 1,5 %.



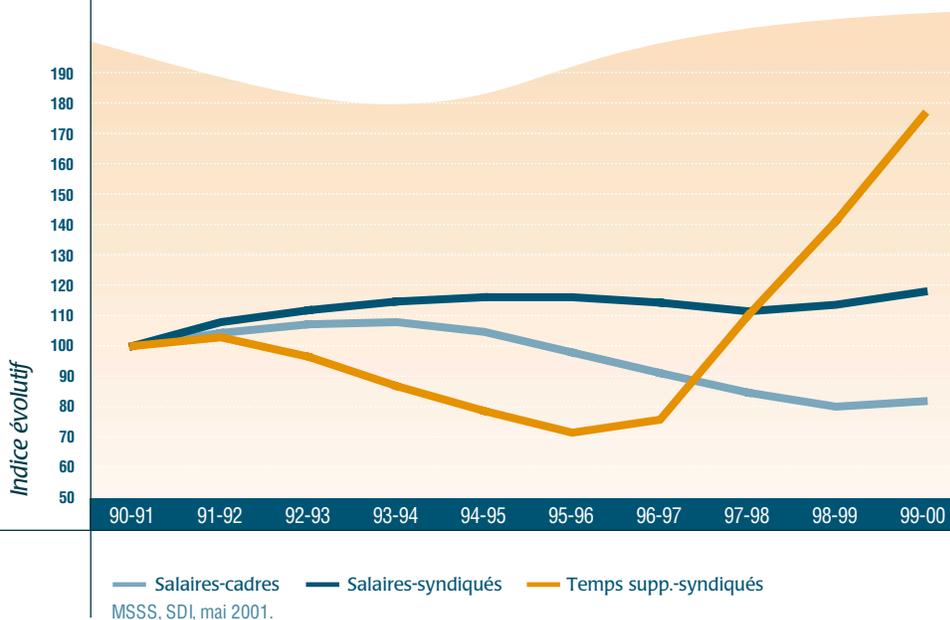
En 1990-1991, la masse salariale des employés cadres et syndiqués du réseau s'élevait à un peu moins de 5,2 milliards de dollars. Elle a atteint un sommet à plus de 5,9 milliards de dollars en 1994-1995, pour régresser par la suite jusqu'à 5,6 milliards de dollars en 1997-1998. En 1999-2000, elle se situe à près de 5,9 milliards de dollars.

Durant cette période de dix ans, le salaire moyen d'un cadre est passé de 51 400 \$ à 63 139 \$, soit une augmentation de 22,8 %, ou un peu plus de 2 %, en moyenne, annuellement. En ce qui concerne les employés syndiqués, le salaire moyen est passé de 30 470 \$ en 1990-1991 à 35 028 \$ en 1999-2000, soit une augmentation de 14,9 %, ou 1,6 % de hausse annuelle moyenne.

En ce qui a trait à l'effectif syndiqué, la rémunération accordée pour du temps supplémentaire a régressé jusqu'en 1995-1996, passant de 68 millions de dollars à 48,5 millions de dollars. Mais, depuis, on observe une hausse considérable : cette rémunération atteint près de 120 millions de dollars, en 1999-2000.

Figure
14

Évolution de la
masse salariale du personnel
au sein du réseau des établissements sociosanitaires québécois,
selon la catégorie d'emploi,
1990-1991 à 1999-2000



De 1994-1995 à 1997-1998, le nombre d'employés syndiqués à temps complet régulier n'a cessé de diminuer. Calculé en ETP, le nombre s'établissait à près de 97 000, en 1994-1995 et à moins de 83 600, en 1997-1998 ; en 1998-1999 et 1999-2000, cependant, il a augmenté, pour atteindre plus de 88 000. Par contre, le nombre d'employés travaillant sous d'autres statuts occupationnels (occasionnels, temps partiel, etc.) a connu une hausse considérable en 1997-1998, équivalant à 6,7 % en un an. En 1998-1999, leur nombre est demeuré stable, mais on assiste à une nouvelle augmentation de 3,6 % en 1999-2000. Alors qu'on constate à une augmentation du nombre total d'effectif dans les catégories « professionnels », « techniciens » et « infirmières », en fin de période, on observe la situation inverse pour les assistants-techniciens, les employés de bureau et le personnel auxiliaire, sauf en 1999-2000.

Chez les employés syndiqués, le salaire annuel moyen s'échelonne de 26 600 \$, pour les employés de bureau, à 50 300 \$ pour la catégorie des professionnels, en 1999-2000. Pour la période qui s'étend de 1990-1991 à 1999-2000, ce sont les infirmières bachelières qui ont bénéficié de l'augmentation du salaire moyen la plus élevée, soit 21 %, suivies des professionnels (16 %), des infirmières auxiliaires (12 %) et des techniciens (11 %) ; le personnel auxiliaire suit, avec une augmentation globale de 7 %.

Toutefois, si l'on élimine l'effet de l'inflation et que l'on regarde les augmentations du salaire annuel moyen sous l'angle des dollars constants de 1992 (1992 = 100), on constate que les catégories d'emploi « infirmières auxiliaires », « techniciens », « assistant-techniciens », « employés de bureau » et « personnel auxiliaire » ont connu des diminutions du salaire moyen en termes réels. Quant aux autres catégories d'emploi, les augmentations, en termes réels, sont de 6,5 % pour les cadres, de 6,2 % pour les infirmières bachelières et de 2,2 % pour les professionnels.

Tableau
5**Effectif, cadres et syndiqués,**

du réseau des établissements sociosanitaires québécois,
calculé en équivalent temps plein, selon la catégorie d'emploi,
1990-1991 à 1999-2000

Catégorie d'emploi	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
Ensemble de l'effectif	169 978	172 464	172 286	172 045	171 592	169 368	164 435	157 498	157 815	163 372
% de TCR ¹	62,3	62,4	62,7	62,7	62,7	63,0	62,7	58,5	58,6	58,6
Cadres	12 774	12 672	12 570	12 385	11 820	10 969	10 407	9 317	8 537	8 519
% de TCR ¹	89,8	89,8	89,7	89,9	90,4	91,7	92,0	91,9	91,5	91,0
Syndiqués	157 204	159 792	159 716	159 660	159 772	158 399	154 028	148 181	149 278	154 853
% de TCR ¹	60,1	60,2	60,6	60,6	60,7	61,0	60,7	56,4	56,8	56,8
Nombre de syndiqués par cadre	12,3	12,6	12,7	12,9	13,5	14,4	14,8	15,9	17,5	18,2

1. Temps complet régulier.

MSSS, SDI, mai 2001.

Tableau
6**Effectif syndiqué**

du réseau des établissements sociosanitaires québécois,
calculé en équivalent temps plein, selon la catégorie d'emploi et le statut occupationnel,
1990-1991 à 1999-2000

Catégorie d'emploi	Statut occ.	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
Effectif syndiqué	Total	157 204	159 792	159 716	159 660	159 772	158 399	154 028	148 181	149 278	154 853
	TCR¹	94 445	96 157	96 765	96 712	96 904	96 620	93 454	83 562	84 743	88 009
	Autres	62 759	63 635	62 951	62 948	62 868	61 779	60 574	64 619	64 535	66 844
Professionnels	Total	11 161	11 672	12 285	12 612	13 223	13 561	13 908	14 113	14 941	15 984
	TCR ¹	8 210	8 533	8 927	9 089	9 481	9 636	9 892	9 737	10 307	10 919
	Autres	2 951	3 139	3 358	3 523	3 742	3 925	4 016	4 376	4 634	5 065
Techniciens	Total	21 457	22 042	22 327	22 630	23 137	23 257	22 921	22 472	22 944	23 785
	TCR ¹	14 119	14 598	14 892	15 124	15 625	15 843	15 753	14 761	15 036	15 467
	Autres	7 338	7 444	7 435	7 506	7 512	7 414	7 168	7 711	7 908	8 318
Infirmières	Total	34 811	35 557	35 902	36 392	36 665	36 838	35 923	35 501	36 578	38 052
	TCR ¹	18 811	19 443	19 701	19 890	19 971	20 353	19 560	18 126	19 259	20 470
	Autres	16 000	16 114	16 201	16 502	16 694	16 485	16 363	17 375	17 319	17 582
Assistants-techniciens	Total	41 694	42 039	41 391	41 265	40 922	40 334	39 065	37 220	37 057	38 492
	TCR ¹	21 592	21 685	21 559	21 352	21 184	20 946	19 887	17 243	17 152	17 602
	Autres	20 102	20 354	19 832	19 913	19 738	19 388	19 178	19 977	19 905	20 890
Stagiaires et étudiants	Total	625	735	706	402	550	454	406	322	384	480
	TCR ¹	64	75	72	59	68	55	40	39	42	50
	Autres	561	660	634	343	482	399	366	283	342	430
Employés de bureau	Total	21 066	21 346	21 270	21 083	20 804	20 391	19 673	18 696	18 525	19 000
	TCR ¹	14 384	14 531	14 642	14 619	14 509	14 289	13 812	11 938	11 821	12 107
	Autres	6 682	6 815	6 628	6 464	6 295	6 102	5 861	6 758	6 704	6 893
Personnel auxiliaire	Total	26 390	26 401	25 835	25 276	24 471	23 564	22 132	19 857	18 849	19 060
	TCR ¹	17 265	17 292	16 972	16 579	16 066	15 498	14 510	11 718	11 126	11 394
	Autres	9 125	9 109	8 863	8 697	8 405	8 066	7 622	8 139	7 723	7 666

1. Temps complet régulier.

MSSS, SDI, mai 2001.

Le personnel infirmier

Jetons maintenant un regard particulier sur les données qui concernent le personnel infirmier pris au sens large. Selon le degré de scolarité, on peut distinguer trois groupes : les infirmières, qui ont fait des études collégiales ou universitaires ; les infirmières auxiliaires, qui détiennent un diplôme en soins infirmiers de 5^e secondaire ; et les préposées aux bénéficiaires, qui ont suivi une formation ad hoc dans une institution d'enseignement reconnue.

Quand on effectue la somme des trois groupes, on compte, en 1999-2000, 99 630 personnes en poste pour 68 312 ETP, soit un rapport de 0,69 ETP par employée en poste. En 1990-1991, on avait 99 642 personnes en poste pour 66 806 ETP, soit un rapport de 0,67. Au début de la période, le groupe « infirmières » constituait près de 51 % de l'ensemble de

l'effectif des soins infirmiers, tandis que les infirmières auxiliaires et les préposées aux bénéficiaires représentaient respectivement 18 % et 31 % de l'effectif. En 1999-2000, les proportions sont, respectivement, de 54 %, 14 % et 32 %. C'est donc surtout chez les infirmières auxiliaires que l'on observe une diminution de l'effectif.

Le nombre de préposées aux bénéficiaires a atteint un sommet en 1991-1992 et le nombre d'infirmières auxiliaires était le plus élevé en 1990-1991, c'est-à-dire au début de la période ; le nombre d'infirmières, quant à lui, a atteint son maximum en 1995-1996. Notons, cependant, des hausses respectives de 5,9 % et 3,4 %, pour les préposées aux bénéficiaires et les infirmières en 1998-1999 par rapport à l'année précédente, et de 5,2 % et 1,6 % respectivement en 1999-2000.

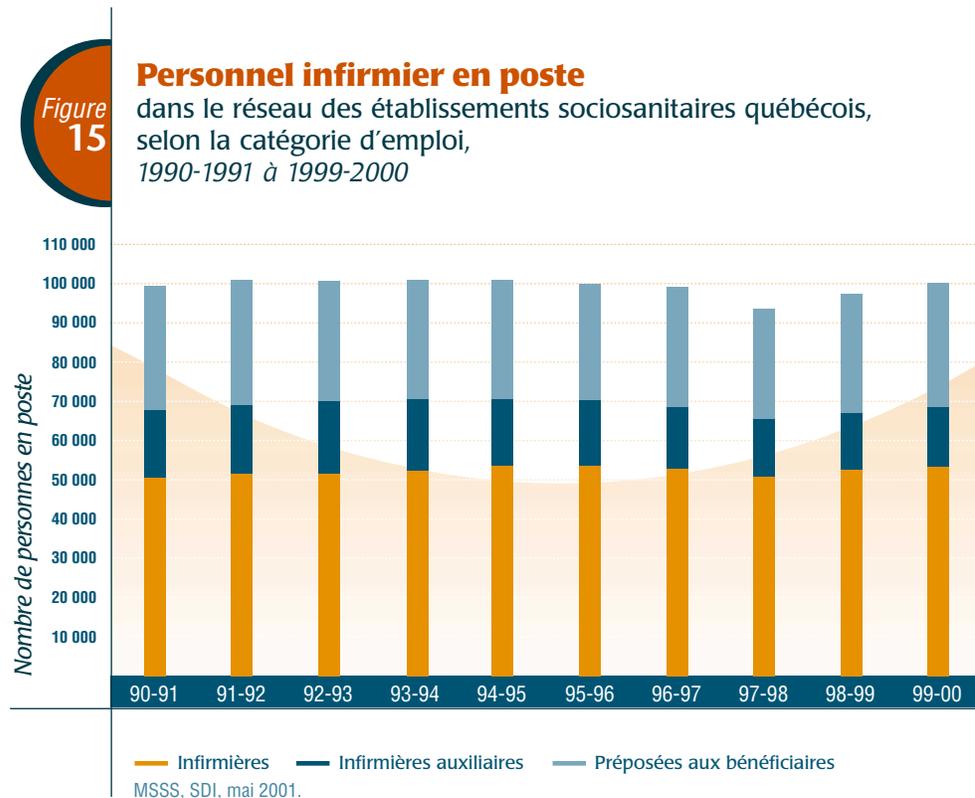


Tableau
8

Personnel infirmier en poste et en équivalent temps plein

dans le réseau des établissements socio-sanitaires québécois,
selon la catégorie d'emploi,
1990-1991 à 1999-2000

Année	Unité	Infirmières	Infirmières auxiliaires	Préposées aux bénéficiaires	Ensemble du personnel
1990-1991	En poste	50 647	17 682	31 313	99 642
	En ETP ¹	34 813	11 729	20 264	66 806
1991-1992	En poste	51 832	17 590	31 575	100 997
	En ETP ¹	35 555	11 794	20 581	67 930
1992-1993	En poste	52 611	17 411	31 021	101 043
	En ETP ¹	35 902	11 627	20 189	67 718
1993-1994	En poste	53 339	17 385	30 957	101 681
	En ETP ¹	36 388	11 548	20 128	68 064
1994-1995	En poste	53 520	17 053	30 519	101 092
	En ETP ¹	36 666	11 316	20 082	68 064
1995-1996	En poste	53 546	16 899	29 873	100 318
	En ETP ¹	36 830	11 210	19 857	67 897
1996-1997	En poste	52 811	16 121	29 715	98 647
	En ETP ¹	35 924	10 682	19 522	66 128
1997-1998	En poste	50 804	14 137	28 962	93 903
	En ETP ¹	35 500	9 775	19 185	64 460
1998-1999	En poste	52 547	14 012	30 677	97 236
	En ETP ¹	36 576	9 227	19 952	65 755
1999-2000	En poste	53 397	13 952	32 281	99 630
	En ETP ¹	38 052	9 296	20 964	68 312

1. Équivalent temps plein.

MSSS, SDI, mai 2001.

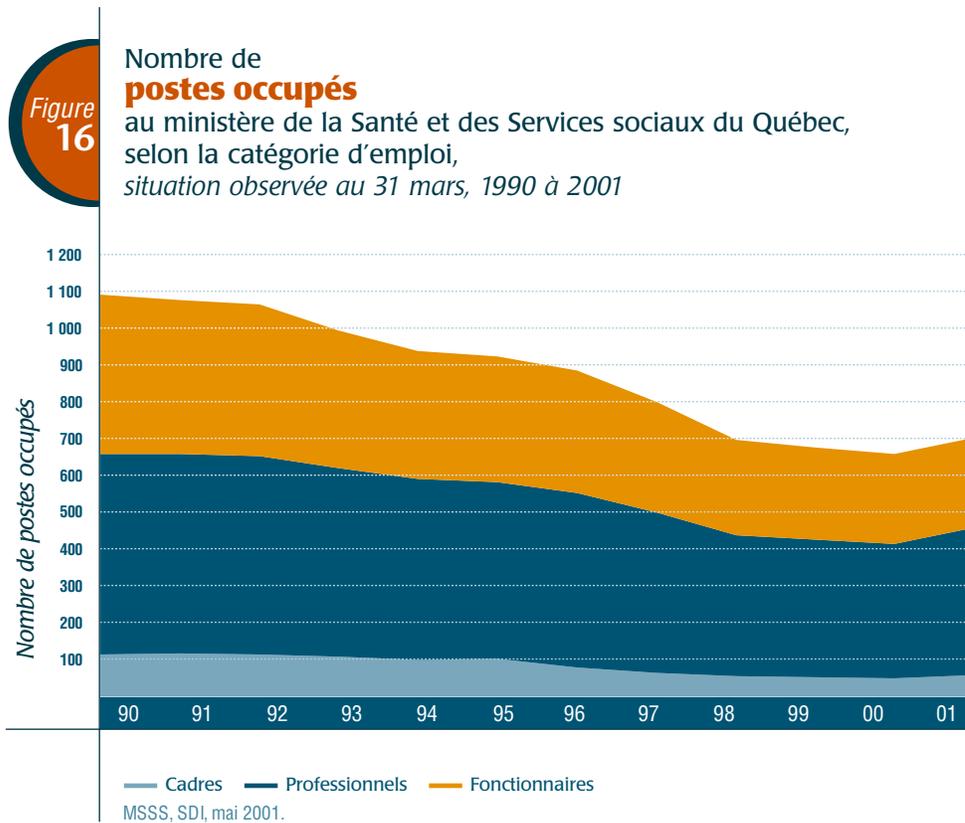
L'effectif administratif du Ministère et de la RAMQ

Au début des années 1990, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec comptait près de 1 100 postes occupés (excluant les contractuels et les personnes bénéficiant d'un prêt de service). Au 31 mars 2000, il n'y en avait plus que 660, ce qui correspond à une chute de 40 %. Par contre, en mars 2001, on dénombre 706 postes occupés au Ministère, soit une hausse de 7 % par rapport à l'année précédente.

Pour les fonctionnaires, la baisse est constante entre 1990 et 2000 alors que, pour les professionnels et les cadres, elle a débuté en 1993. Si ces deux derniers groupes ont suivi des tendances similaires jusqu'en 1995, l'effectif des cadres a ensuite subi une forte diminution, passant de 102 à 49 postes occupés en

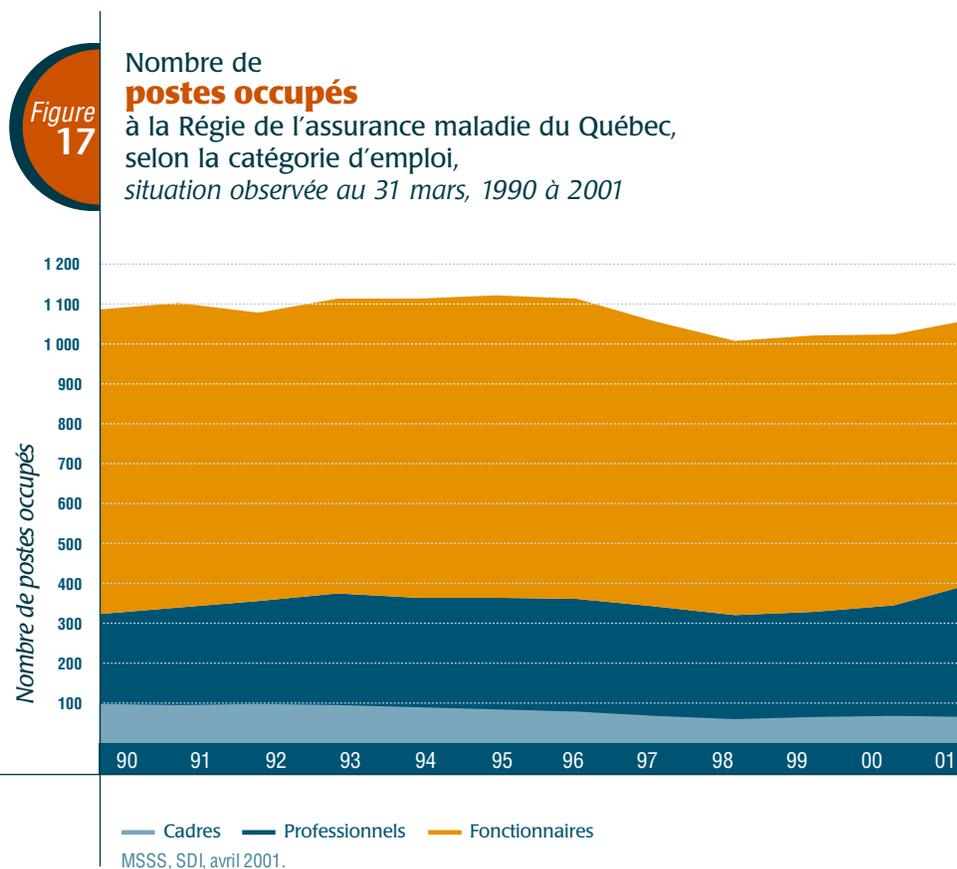
cinq ans. Cependant, il faut noter que les postes de cadres sont de plus en plus occupés par des contractuels non comptabilisés dans les postes « occupés ». Entre 1995 et 2000, le nombre de postes occupés par des professionnels est passé de 481 à 366, alors que celui des postes occupés par des fonctionnaires a régressé de 343 à 245. Par contre, en mars 2001, non seulement la tendance à la baisse a cessé, mais on observe une remontée du nombre de postes occupés, et ce, dans les trois catégories d'emploi.

En 1990, la répartition des postes occupés, parmi l'ensemble de l'effectif, était de 11 % pour les cadres, de 50 % pour les professionnels et de 40 % pour les fonctionnaires. En 2001, les proportions sont, respectivement, de 8 %, 57 % et 35 %.



À la Régie de l'assurance maladie du Québec, les tendances diffèrent. En effet, le nombre de postes occupés par des professionnels s'est accru de 23 % de 1990 à 2000. Il a connu une hausse de 20 % en 2001, essentiellement due au fait que plusieurs techniciens ont accédé au statut d'analyste en informatique. Pendant ce temps, le nombre de postes occupés par des fonctionnaires est resté relativement stable jusqu'en 1996, pour baisser par la suite. Quant aux postes occupés par des cadres, leur nombre a commencé à décroître en 1994, pour se stabiliser autour de 65 à partir de 1997.

En 1990, les cadres occupaient 9 % des postes, les professionnels, 21 % et les fonctionnaires, 70 %. Onze ans plus tard, les proportions sont de 6 %, 31 % et 63 % respectivement. Par conséquent, même si l'effectif total demeure sensiblement le même à un peu plus de 1 000 postes occupés, les postes de professionnels prennent toutefois de plus en plus d'ampleur tandis que les postes de fonctionnaires demeurent de loin les plus nombreux.



LES RESSOURCES INSTITUTIONNELLES

Par ressources institutionnelles on entend ici les établissements, les installations, les lits autorisés au permis d'exploitation et les lits dressés, c'est-à-dire dotés en personnel et prêts à recevoir un usager.

En mars 2001, le réseau sociosanitaire du Québec compte 349 établissements dits « publics ». De plus, il existe 129 établissements dits « privés », gérés par des propriétaires uniques. Les 478 établissements chapeautent 2 023 installations, dont 1 863 sont publiques et 160, privées, lesquelles sont des lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec. Certains établissements ne comptent qu'une seule installation ; dans ce cas, physiquement, les deux se confondent. Par contre, plusieurs établissements regroupent plus d'une installation, dont certaines sont situées sur un territoire différent de celui où se trouve l'établissement auquel elles appartiennent. On estime à près de 40 % la proportion des installations sises à l'extérieur du territoire de CLSC où est situé l'établissement auquel elles sont reliées, et à 4 % la proportion de celles qui sont à l'extérieur de la région sociosanitaire où est localisé l'établissement dont elles dépendent.

Depuis 1990, le nombre d'établissements qui n'assument qu'une seule mission a chuté de 60 %. Actuellement, 37 % des établissements assument plus d'une mission, ce qui est deux fois plus qu'en 1990. Au sein du réseau, on compte 27 % d'établissements privés ; la plupart ont une mission de CHSLD. Près de 40 % des établissements privés sont autofinancés, c'est-à-dire financés selon le mode dit « non conventionné ».

Le nombre d'installations, quant à lui, est demeuré relativement stable au cours de la décennie. Environ 8 % d'entre elles ont un statut privé. Depuis 1990, on note une hausse d'environ 2 % du nombre d'installations publiques, mais une baisse considérable (34 %) du nombre de celles qui ont un statut privé ; la baisse atteint même 44 % pour les installations privées non conventionnées. Comme plusieurs installations ont été regroupées sous le chapeau d'un même établissement, le rapport « nombre d'installations par établissement » a doublé dans le cas des installations publiques, passant de 2,7 à 5,3, mais il est demeuré plutôt stable, autour de 1,1, pour ce qui est des installations privées.

Depuis 1996, le nombre de lits autorisés pour des soins généraux et spécialisés a été réduit de 26 % et depuis 1990, dans le contexte de la désinstitutionnalisation, le nombre de lits autorisés pour des soins psychiatriques de courte durée a été divisé par deux dans les centres hospitaliers de soins psychiatriques. Pendant la décennie, les lits autorisés pour l'hébergement et les soins de longue durée subissaient une baisse de 7 % ; en fait, ce pourcentage est la résultante de la baisse du nombre de lits réservés pour des personnes ayant besoin de moins de deux heures et demie de soins par jour, en partie comblée par l'ajout de lits pour les personnes recevant plus de deux heures et demie de soins quotidiennement. Actuellement, on compte 2,8 lits autorisés en soins généraux et spécialisés pour 1 000 personnes ainsi que 6,6 lits autorisés pour l'hébergement et les soins de longue durée. Il est à noter que 20 % de l'ensemble des lits autorisés pour l'hébergement et les soins de longue durée sont de statut privé, ce qui correspond à la grande majorité (90 %) de l'ensemble des lits autorisés de statut privé. Entre le 31 mars 1991 et le 31 mars 2000, le nombre de lits dressés pour des soins généraux et spécialisés, de statuts public et privé conventionné, a été réduit de plus de 30 %. En mars 2000, environ 95 % de ceux qui restent sont consacrés aux soins physiques de courte durée, soit un rapport d'un peu moins de 2,1 lits dressés pour 1 000 personnes.

DES CHIFFRES

Le réseau sociosanitaire québécois est constitué de plusieurs composantes aux dimensions multiples. Établissements, installations, lits autorisés au permis ou dressés, places internes ou externes, statut, mode de financement et unité de services sont autant d'éléments d'une réalité fort complexe, qui s'imbriquent les uns dans les autres et rendent difficile une représentation chiffrée simple de ce réseau d'institutions.

En peu de mots, les établissements, et les installations qu'ils chapeautent, ont un statut qui est soit public, soit privé. Tous les établissements publics, c'est-à-dire à but non lucratif, sont financés selon le mode dit « à budget », en l'occurrence par le Fonds consolidé du revenu. Les établissements privés à but partiellement lucratif, quant à eux, doivent signer une convention de financement avec le Ministère, en vertu de l'article 475 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (loi refondue du Québec (L.R.Q.), chapitre S-4.2). Par contre, les établissements privés à but totalement lucratif doivent s'autofinancer ; on dit qu'ils sont « non conventionnés ». Enfin, tous les établissements, publics et privés, doivent détenir un permis d'exploitation délivré par le Ministère.

Les lits autorisés sont ceux qui figurent au permis d'exploitation de l'établissement. Des lits peuvent avoir été autorisés sans toutefois être inscrits actuellement au permis d'exploitation, mais cette situation est très rare. Enfin, les lits dressés sont ceux, parmi les lits autorisés, qui sont dotés en personnel et prêts à recevoir un usager.

Tableau
9

Catégorisation des ressources institutionnelles du réseau sociosanitaire québécois, 2001

Établissement			Installation	Unité de services									
Mission	Classe	Type		SGS	SP	HSLD	PAV	CJ	FG	PDI	PDP	PAT	
CH	CHSGS		CHSGS	Les établissements, et les installations qui leur sont rattachées, ont un STATUT : PUBLIC, c'est-à-dire à but non lucratif ; PRIVÉ, à but lucratif.									
	CHSP		CHSP										
CLSC			CLSC	Ils reçoivent un budget selon un MODE DE FINANCEMENT : À BUDGET, pour les publics ; CONVENTIONNÉ, pour les privés à but partiellement lucratif (activités de soutien) ; NON CONVENTIONNÉ, pour les privés à but totalement lucratif (toutes les activités).									
CHSLD			CHSLD										
CPEJ			CJ = (CPEJ +	Un établissement peut assumer une ou plusieurs (jusqu'à cinq) MISSIONS. En mars 2001, le tiers des établissements assument plus d'une mission.									
CR	JDA		CR JDA +										
	MDA		CR MDA)										
PAT			CR PAT	Il en est de même pour une installation. En mars 2001, environ 13 % des installations assument plus d'une mission.									
PDI			CR PDI	Ainsi, un établissement, ou une installation, peut posséder des lits ou des places dans plusieurs									
PDP	Auditif	Visuel	CR PDP	UNITÉS DE SERVICES. Ces lits, ou places, sont AUTORISÉS AU PERMIS d'exploitation délivré à l'établissement par le Ministère, pour une période de trois ans.									
				Moteur	Ces lits, ou places, sont, pour la plupart, DRESSÉS, c'est-à-dire dotés en personnel et prêts à recevoir un usager.								

1. À compter du 31 mars 2001, les pavillons d'hébergement ne sont plus des installations ; ils font désormais parti des ressources intermédiaires.

MSSS, SDI, mars 2001.

Les établissements

Le 31 mars 1990, le réseau sociosanitaire québécois comptait 917 établissements, dont 758 — soit plus de 82 % — assumaient une mission unique. Au 31 mars 2001, le nombre d'établissements est réduit à 478, dont 37 % ont plus d'une mission. Le nombre d'établissements à mission unique a chuté de 60 %, pour s'établir à 303.

Depuis 1990, une seule des cinq grandes catégories d'établissements a vu son nombre augmenter, soit les CPEJ, mais ce nombre s'est stabilisé à 19 ou 20 depuis 1993. Les quatre autres catégories ont subi des baisses du nombre d'établissements : 48 % pour les CHSLD, 39 % pour les CR, 23 % pour les CH et 6 % pour les CLSC.

Parmi les 917 établissements existant dans le réseau en 1990, 233 avaient un statut privé, soit un peu plus du

quart d'entre eux. En 2001, 129 des 478 établissements du réseau possèdent un statut privé, soit 27 %. En 1995, la proportion avait atteint un plancher, à moins de 21 %. Depuis ce temps, la proportion d'établissements privés a crû, jusqu'à une stabilité relative se situant autour de 27 % à partir de 1998. Mais, en termes absolus, le nombre de ces établissements est à la baisse, dans une proportion de 45 %, depuis 1990. Ajoutons que la très grande majorité des établissements privés assument une mission de CHSLD.

Au début des années 1990, près de la moitié des établissements privés (45 % en 1990 et 48 % en 1992) étaient financés selon le mode dit « non conventionné » (autofinancé). À la fin de cette période, la proportion diminue, mais on en trouve encore plus du tiers (38 % en 1999 et 40 % en 2000 et en 2001) qui sont non conventionnés.

Figure 18

Nombre d'établissements dans le réseau socio-sanitaire québécois, **selon qu'ils assument une ou plusieurs missions**, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001

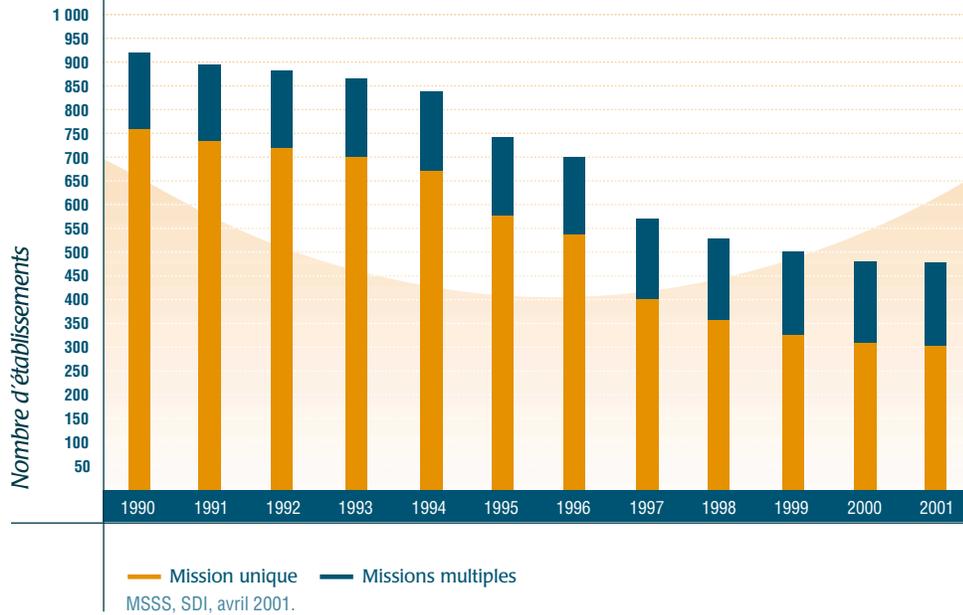


Figure 19

Évolution du nombre d'établissements dans le réseau socio-sanitaire québécois, **selon la ou les missions assumées**, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001

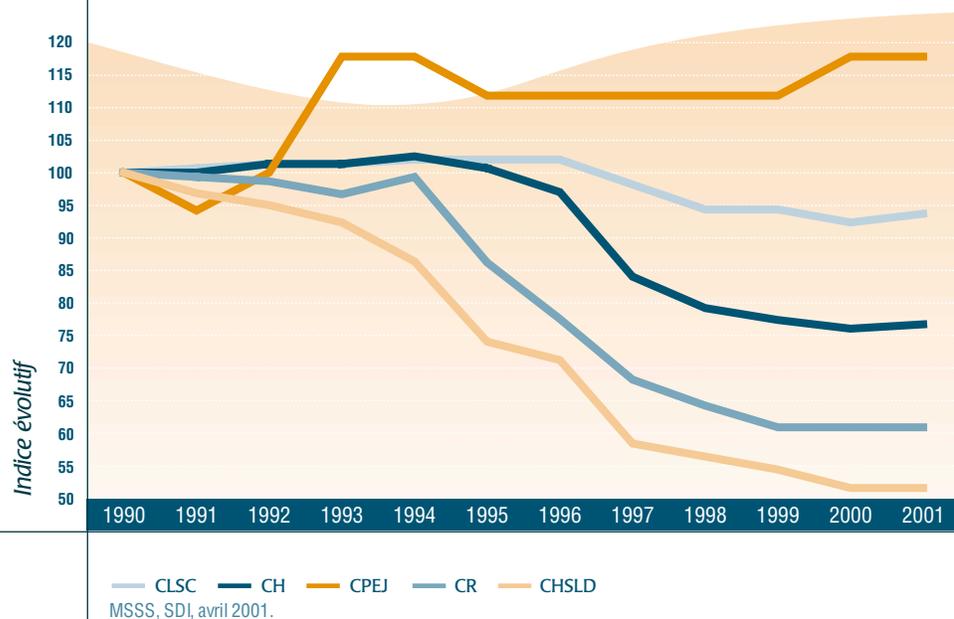


Figure 20

Nombre d'établissements dans le réseau sociosanitaire québécois, selon le statut et le mode de financement, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001

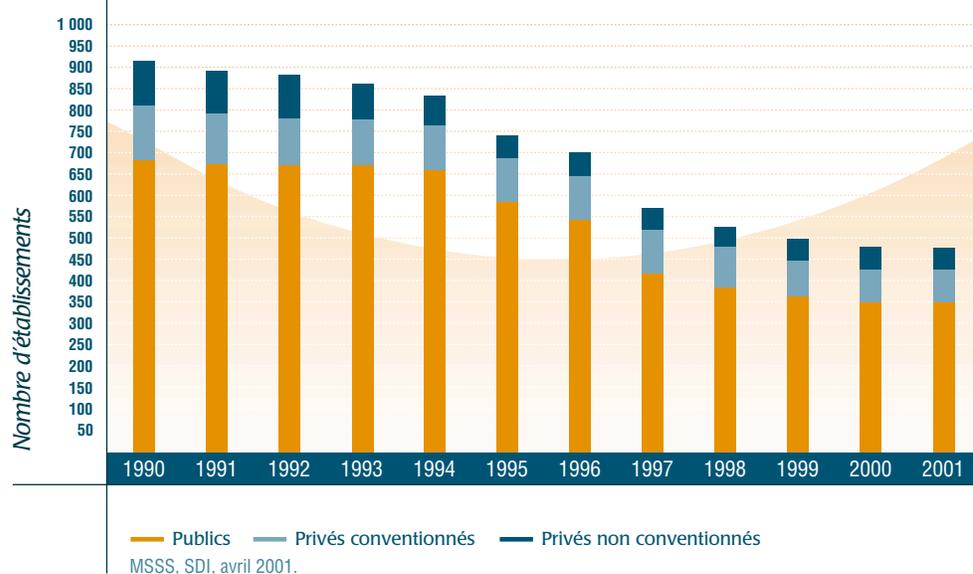


Tableau 10

Nombre d'établissements publics et privés dans le réseau sociosanitaire québécois, selon le regroupement des missions assumées, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001

Regroupement de missions	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
Ensemble des groupes	917	894	882	864	835	740	700	570	529	501	479	478
CLSC	131	128	128	128	127	128	128	100	82	72	67	67
CH	27	27	27	26	28	28	26	22	18	18	19	19
CPEJ	14	13	13	16	14	12	5	1	1	1	1	1
CHSLD	462	441	428	410	378	307	294	214	193	178	163	160
CR	124	124	122	119	122	102	82	65	62	57	57	56
CLSC-CH	5	6	6	5	7	7	7	4	1	1	1	1
CLSC-CPEJ					1							
CLSC-CHSLD	13	15	15	15	14	14	14	29	40	45	46	47
CLSC-CR	2	2	2	2	3	3	3	4	3	3	2	2
CH-CHSLD	108	107	110	111	110	108	104	83	79	72	68	69
CH-CR					1	1	1					
CPEJ-CHSLD		1										
CPEJ-CR ¹			1	1	2	4	11	15	15	15	15	15
CHSLD-CR	8	7	8	8	7	6	5	5	4	3	3	4
CLSC-CH-CHSLD	5	5	5	6	5	5	5	14	18	22	22	22
CLSC-CHSLD-CR										1	1	1
CH-CPEJ-CHSLD	1	1										
CH-CHSLD-CR	15	15	14	14	13	12	12	11	9	9	8	7
CLSC-CH-CPEJ-CHSLD			1	1	1	1						
CLSC-CH-CHSLD-CR									1	1	2	3
CH-CPEJ-CHSLD-CR	1											
CLSC-CH-CPEJ-CHSLD-CR	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4

1. Les CPEJ-CR constituent les nouveaux CJ.

MSSS, SDI, avril 2001.

Les installations

Entre 1990 et 2001, le nombre d'installations est, au total, demeuré à peu près stable, variant entre 2 000 et 2 100. Cependant, l'examen selon la mission révèle des tendances différentes pour chacune des catégories d'installations.

Alors que le nombre d'installations des types CHSLD et pavillon d'hébergement diminuait de 17 % au cours de la décennie, les installations des types CJ, CH, CR et CLSC voyaient leur nombre augmenter respectivement de 20 %, 15 %, 19 % et 8 %.

Si le nombre d'installations à caractère public a légèrement crû au cours de la période étudiée, connaissant une hausse de 2 %, celui des installations de statut privé a, quant à lui, régressé de près de 34 %. Ce sont les installations privées non conventionnées qui ont vu leur nombre subir la baisse la plus importante, soit 44 %, alors que, pour les installations privées conventionnées, la diminution était de 28 %.

En 1990, près de 12 % des installations avaient un statut privé, un peu moins de 7 % ayant le mode de financement à convention et un peu plus de 5 % étant non conventionnées ; onze ans plus tard, la proportion des installations privées est d'environ 8 %, dont 2,8 % sont non conventionnées et 5,1 %, conventionnées.

Le nombre d'installations par établissement a doublé pour les institutions sociosanitaires à statut public, passant de 2,7 à 5,3, et est resté à peu près stable pour celles qui ont un caractère privé, variant de 1,1 à 1,3 pour les installations conventionnées et de 1 à 1,1 pour les installations non conventionnées.

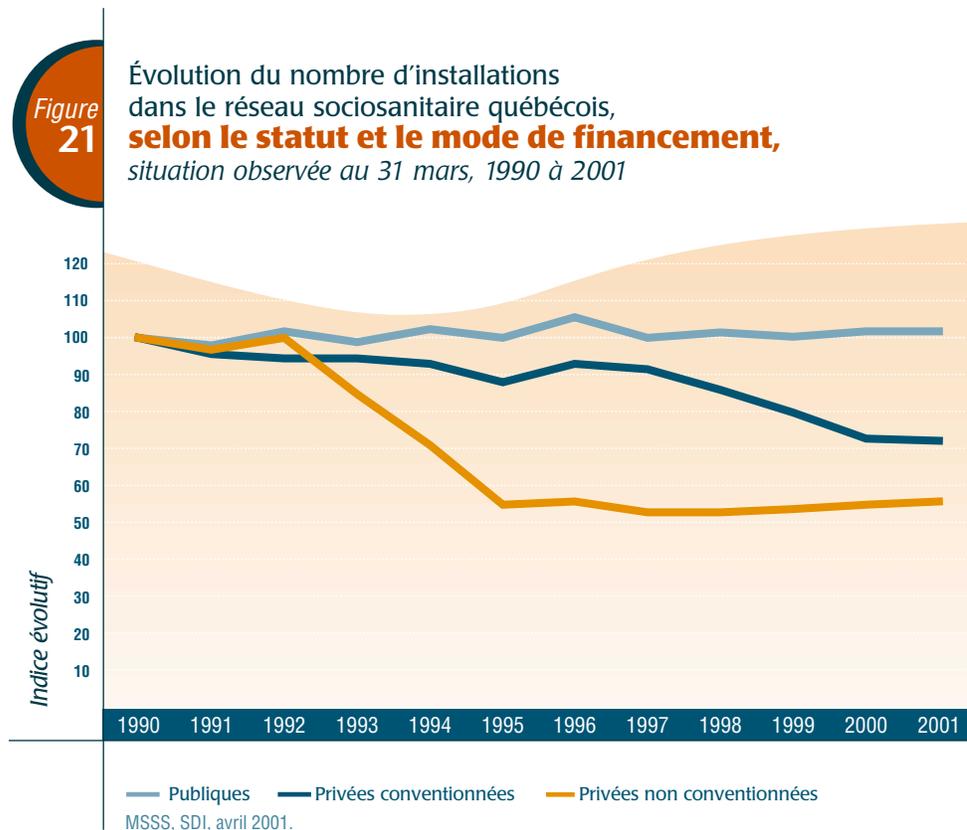


Figure 22

Nombre d'installations par établissement dans le réseau sociosanitaire québécois, selon le statut et le mode de financement, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001

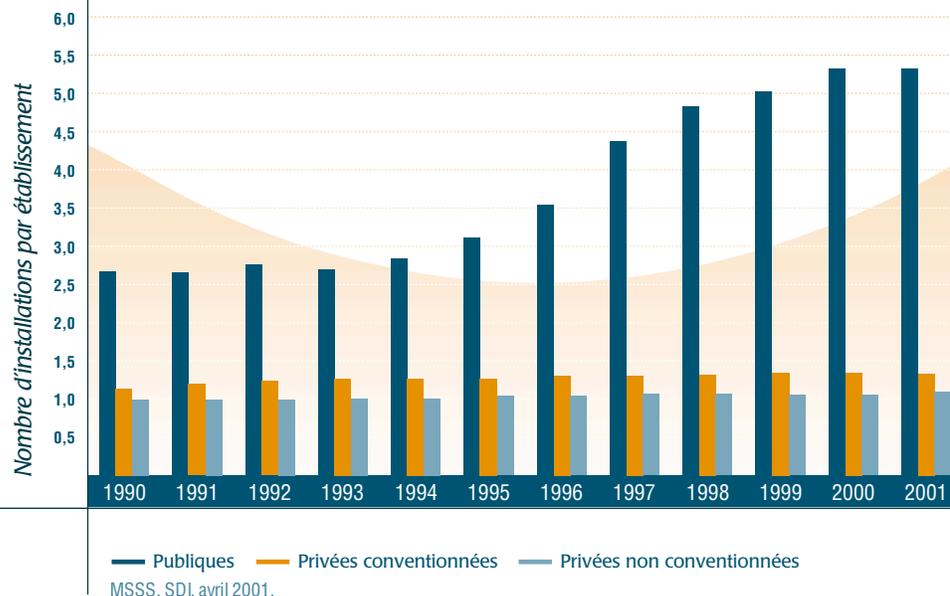


Tableau 11

Évolution du nombre d'installations publiques et privées dans le réseau sociosanitaire québécois, selon la ou les missions assumées par l'installation, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001

Mission	Unité	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
Total¹	Nombre	2 075	2 029	2 102	2 033	2 080	2 013	2 122	2 017	2 036	2 007	2 023	2 023
	Indice	100	98	101	98	100	97	102	97	98	97	97	97
CLSC	Nombre	363	360	355	353	368	372	381	371	378	380	392	393
	Indice	100	99	98	97	101	102	105	102	104	105	108	108
CJ	Nombre	279	265	356	362	392	376	400	368	338	319	322	334
	Indice	100	95	128	130	141	135	143	132	121	114	115	120
CH ²	Nombre	180	169	172	172	176	176	175	162	206	206	206	207
	Indice	100	94	96	96	98	98	97	90	114	114	114	115
CHSLD	Nombre	667	659	658	641	620	598	616	594	584	572	559	554
	Indice	100	99	99	96	93	90	92	89	88	86	84	83
PAV ³	Nombre	236	237	234	232	236	232	232	222	206	202	197	195
	Indice	100	100	99	98	100	98	98	94	87	86	83	83
FG	Nombre	199	188	158	149	159	147	142	142	118	125	109	111
	Indice	100	94	79	75	80	74	71	71	59	63	55	56
CR PDI	Nombre	231	221	242	234	265	236	287	275	298	298	322	321
	Indice	100	96	105	101	115	102	124	119	129	129	139	139
CR PDP	Nombre	33	33	36	43	44	46	54	58	70	75	80	83
	Indice	100	100	109	130	133	139	164	176	212	227	242	252
CR PAT	Nombre	42	43	45	44	51	50	54	47	61	64	85	85
	Indice	100	102	107	105	121	119	129	112	145	152	202	202

1. Le total ne correspond pas à la somme des missions, car plusieurs installations assument plus d'une mission.

2. Somme des CHSGS et des CHSP.

3. À compter du 31 mars 2001, les pavillons d'hébergement ne sont plus des installations ; ils font désormais parti des ressources intermédiaires.

MSSS, SDI, avril 2001.

Les lits autorisés au permis

Même si, dans l'ensemble, le nombre d'installations est demeuré sensiblement le même, le virage ambulatoire et la rationalisation ont mené à une baisse du nombre de lits et de places, en particulier après 1996.

Ainsi, les lits consacrés aux soins généraux et spécialisés ont vu leur nombre passer de plus de 28 800 en 1990 à moins de 20 500 en 2001, soit une baisse de près de 29 % durant cette période mais de 26 % depuis 1996. Les lits pour soins psychiatriques de courte durée dans les CHSP ont vu leur nombre réduit de plus de la moitié, passant de 2 730 à 1 280. Même le nombre de lits d'hébergement et de soins de longue durée a subi une légère diminution (moins de 7 %), touchant essentiellement les lits qui sont réservés aux personnes ayant besoin de moins de deux heures et demie de soins. Ainsi, des quelque 52 500 lits dénombrés en 1990, il reste, en 2001, un peu moins de 48 600 lits consacrés à l'hébergement et aux soins de longue durée, auxquels il faut ajouter environ 3 700 places en pavillons d'hébergement.

Au début de la décennie 1990, au Québec, les rapports étaient de plus de 4 lits pour 1 000 personnes en ce qui a trait aux soins généraux et spécialisés et de 7,5 lits pour 1 000 personnes pour ce qui est de l'hébergement et soins de longue durée ; en 2001, les rapports sont de 2,8 et 6,6 respectivement.

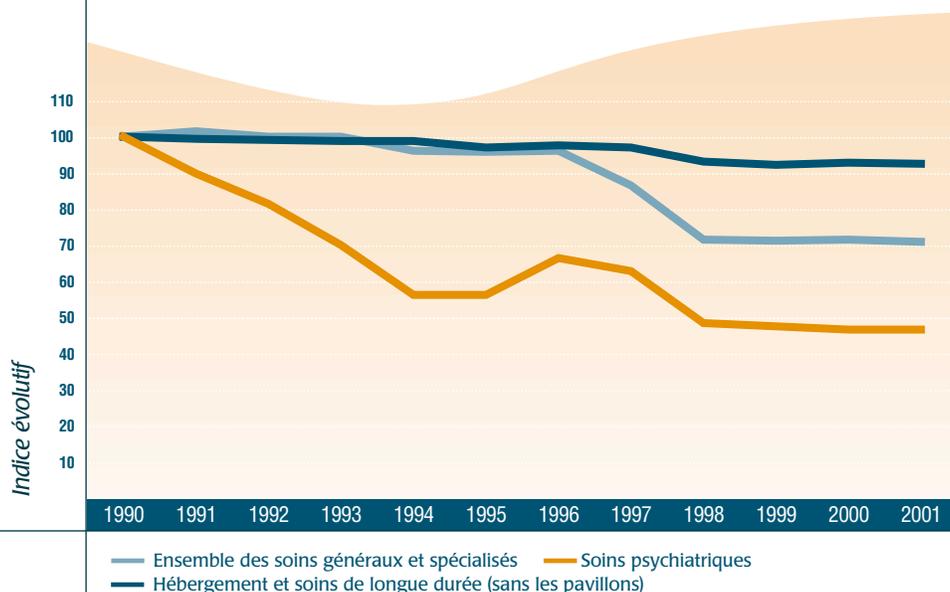
Selon les années, entre 90 % (en 1990) et 87 % (en 2001) des établissements à statut privé assument la mission de CHSLD, de sorte que la très grande majorité des lits privés sont consacrés à l'hébergement et aux soins de longue durée.

En 1990, près de 22 % des lits consacrés à l'hébergement et aux soins de longue durée étaient de statut privé, soit plus de 11 500 lits ; en 2001, les quelque 9 900 lits à caractère privé correspondent à 20 % de l'ensemble des lits consacrés à l'hébergement et aux soins de longue durée.

Dans cette unité de services, si les lits à caractère public ont suivi une tendance similaire à ceux qui ont un statut privé conventionné, soit une légère diminution — de 6 % pour les lits publics et de 3 % pour les lits conventionnés —, le nombre de lits privés non conventionnés a, quant à lui, subi une baisse de 34 % depuis 1990. Il a atteint un plancher, en 1997, avec moins de 2 400 lits.

Figure
23

Évolution du nombre de lits autorisés au permis d'exploitation des établissements du réseau sociosanitaire québécois, selon l'unité de services, situation observée au 31 mars, 1990 à 2001



MSSS, SDI, avril 2001.

Figure 24

Nombre de lits autorisés pour 1 000 personnes
au permis d'exploitation des établissements
du réseau sociosanitaire québécois, selon l'unité de services,
situation observée au 31 mars, 1990 à 2001

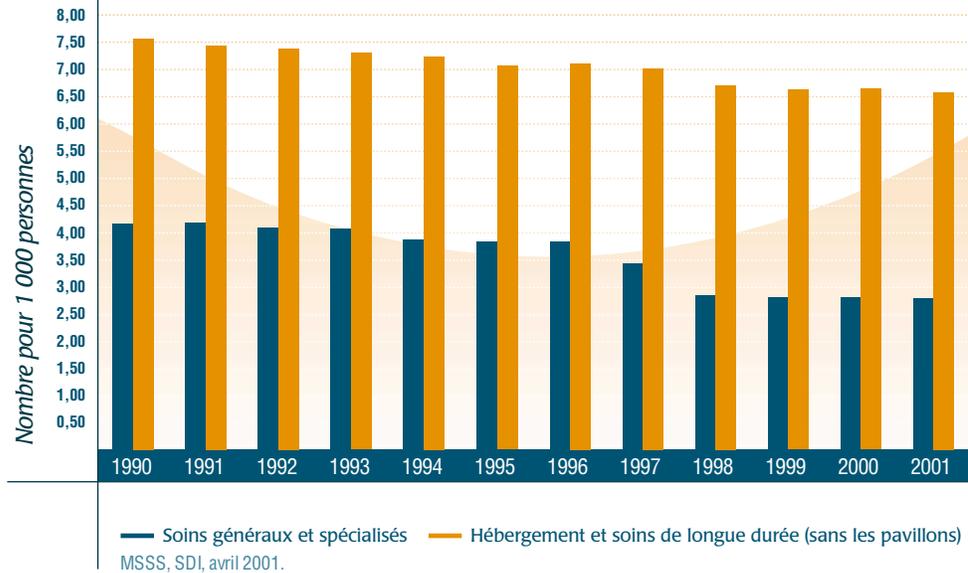
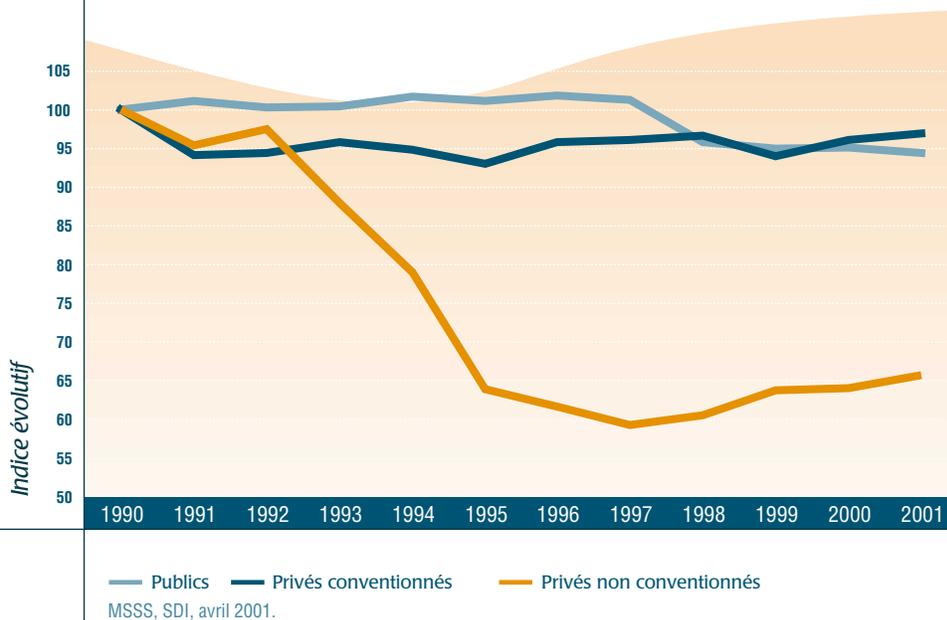


Figure 25

Évolution du nombre de lits autorisés
au permis des établissements pour l'hébergement et soins
de longue durée dans le réseau sociosanitaire québécois,
selon le statut et le mode de financement,
situation observée au 31 mars, 1990 à 2001



Nombre de lits, ou places, publics et privés, pour 1 000 personnes,
autorisés au permis d'exploitation des établissements
du réseau sociosanitaire québécois, selon l'unité de services,
situation observée au 31 mars, 1990 à 2001

Unité de services	Unité	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
SGS ¹	Nombre	28 835	29 286	28 832	28 896	27 738	27 675	27 706	24 970	20 680	20 575	20 640	20 524
	/1 000 pers.	4,15	4,17	4,08	4,06	3,87	3,84	3,83	3,43	2,83	2,81	2,81	2,78
SP ²	Nombre	2 730	2 451	2 229	1 913	1 538	1 538	1 813	1 716	1 328	1 299	1 280	1 280
	/1 000 pers.	0,39	0,35	0,32	0,27	0,21	0,21	0,25	0,24	0,18	0,18	0,17	0,17
HSLD ³	Nombre	52 521	52 308	52 094	51 881	51 942	50 976	51 374	51 065	48 936	48 526	48 748	48 569
	/1 000 pers.	7,56	7,45	7,37	7,29	7,25	7,07	7,09	7,02	6,70	6,63	6,64	6,59
PAV ⁴	Nombre	4 314	4 387	4 329	4 227	4 297	4 280	4 259	4 102	3 885	3 828	3 751	3 707
	/1 000 pers.	0,62	0,62	0,61	0,59	0,60	0,59	0,59	0,56	0,53	0,52	0,51	0,50
CJ ⁵	Nombre	3 757	3 683	3 912	3 920	3 933	3 716	3 974	3 767	3 173	3 208	3 009	3 317
	/1 000 pers.	0,54	0,52	0,55	0,55	0,55	0,52	0,55	0,52	0,43	0,44	0,41	0,45
FGR ⁶	Nombre	1 460	1 396	1 150	1 089	1 149	1 089	1 051	1 121	939	1 004	892	896
	/1 000 pers.	0,21	0,20	0,16	0,15	0,16	0,15	0,15	0,15	0,13	0,14	0,12	0,12
PDI ⁷	Nombre	9 349	9 390	9 125	8 882	8 533	7 709	8 134	7 773	8 085	7 919	7 989	7 481
	/1 000 pers.	1,35	1,34	1,29	1,25	1,19	1,07	1,12	1,07	1,11	1,08	1,09	1,01
PDP ⁸	Nombre	434	434	469	584	596	585	602	560	506	511	557	558
	/1 000 pers.	0,06	0,06	0,07	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,08	0,08
PAT ⁹	Nombre	442	442	482	468	421	451	460	309	399	439	447	444
	/1 000 pers.	0,06	0,06	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,04	0,05	0,06	0,06	0,06

1. Lits de soins généraux et spécialisés, incluant ceux de psychiatrie (sauf ceux des CHSP), d'hôtellerie et de néonatalogie.
2. Lits de soins psychiatriques de courte durée des CHSP ; de 1990 à 1994, les données sont estimées.
3. Lits d'hébergement et de soins de longue durée, physiques et psychiatriques, permanents et temporaires ; de 1990 à 1994, les données sont estimées.
4. Places offertes en pavillon d'hébergement.
5. Places offertes dans les centres jeunesse.
6. Places offertes dans les installations de réadaptation de neuf places ou moins.
7. Places offertes dans les installations de réadaptation pour personnes déficientes intellectuelles.
8. Places offertes dans les installations de réadaptation pour personnes déficientes physiques.
9. Places offertes dans les installations de réadaptation pour personnes alcooliques ou autres toxicomanes.

MSSS, SDI, avril 2001.

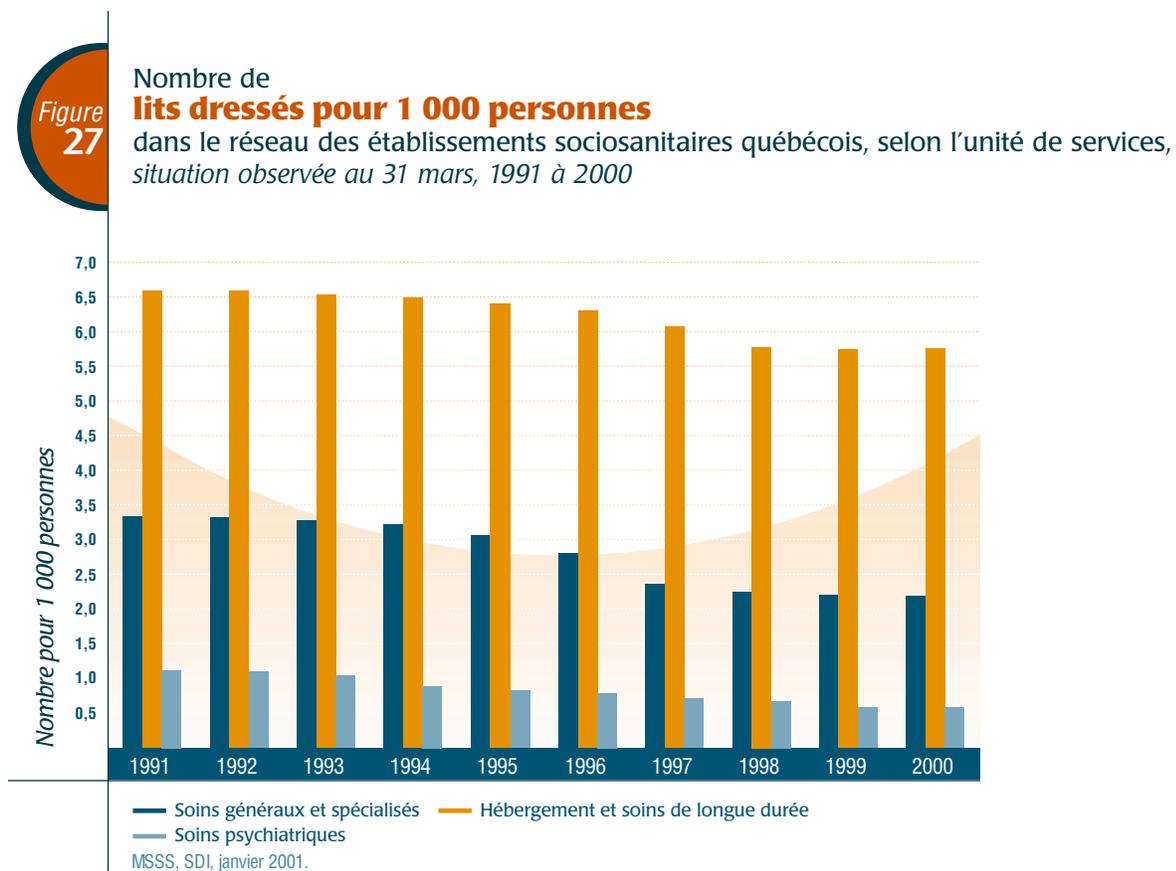
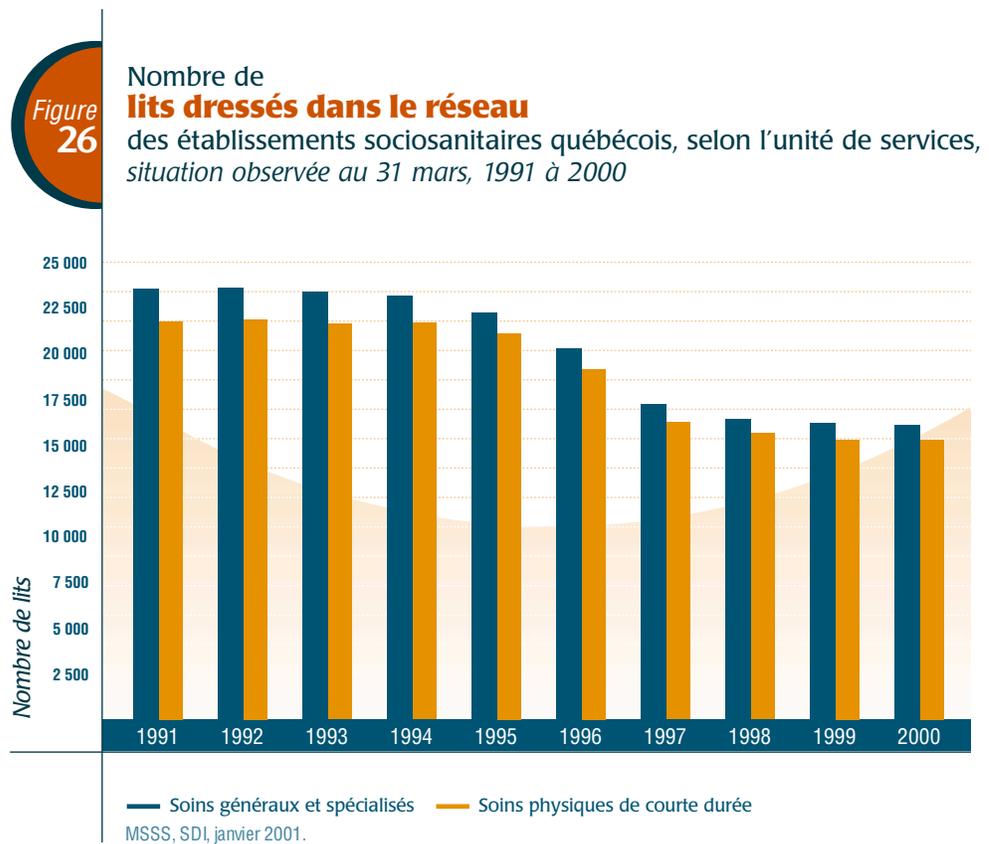
Les lits dressés

On peut également observer l'évolution du nombre de lits sous un autre angle : celui des lits dressés. Cependant, seuls les établissements publics et privés conventionnés nous fournissent ce type d'information. Il faut noter qu'il s'agit d'une image prise à un moment précis, c'est-à-dire au 31 mars de chaque année.

Ici, nous couvrons la période du 31 mars 1991 au 31 mars 2000. Depuis le milieu des années 1990, le nombre de lits dressés pour des soins généraux et spécialisés a chuté de 31 %, alors que celui des lits dressés pour de l'hébergement et des soins de longue durée et celui des places en pavillon d'hébergement diminuaient, respectivement, de 8 % et 25 %.

Au 31 mars 2000, au Québec, on compte 2,1 lits dressés pour 1 000 personnes en soins physiques de courte durée ; en 1991, le rapport était de 3,4 lits pour 1 000 personnes. En ce qui concerne les soins psychiatriques de courte durée, le rapport est passé de 1,1 lit pour 1 000 personnes en 1991 à 0,6 lit en 2000.

Au début de la période étudiée, 92 % des lits pour soins généraux et spécialisés étaient consacrés aux soins physiques de courte durée ; au 31 mars 2000, la proportion atteint 95 %.



Évolution du
nombre de lits dressés
dans le réseau des établissements¹ socio-sanitaires québécois, selon l'unité de services,
situation observée au 31 mars, 1991 à 2000

Unité de services	Unité	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
Soins généraux et spécialisés ²	Nombre	23 543	23 565	23 417	23 148	22 193	20 277	17 224	16 389	16 169	16 129
	Indice évolutif	100	100	99	98	94	86	73	70	69	69
	/1 000 pers.	3,35	3,33	3,29	3,23	3,08	2,80	2,37	2,24	2,21	2,20
Soins physiques de courte durée ³	Nombre	21 755	21 872	21 625	21 680	21 066	19 164	16 251	15 632	15 282	15 257
	Indice évolutif	100	101	99	100	97	88	75	72	70	70
	/1 000 pers.	3,10	3,09	3,04	3,03	2,92	2,65	2,23	2,14	2,09	2,08
Hébergement et soins de longue durée ⁴	Nombre	46 410	46 719	46 604	46 663	46 300	45 807	44 325	42 336	42 207	42 482
	Indice évolutif	100	101	100	101	100	99	96	91	91	92
	/1 000 pers.	6,61	6,61	6,55	6,51	6,42	6,33	6,09	5,80	5,76	5,78
Pavillons d'hébergement ⁵	Nombre	4 371	4 356	4 610	4 462	4 078	4 110	4 155	3 896	3 414	3 260
	Indice évolutif	100	100	105	102	93	94	95	89	78	75
	/1 000 pers.	0,62	0,62	0,65	0,62	0,57	0,57	0,57	0,53	0,47	0,44

1. Il s'agit uniquement des établissements publics et privés conventionnés qui ont produit un rapport statistique annuel.
2. Il s'agit des lits pour soins de santé physique et de gériatrie de courte durée ; les lits de soins de courte durée utilisés pour l'hébergement et les soins de longue durée sont exclus.
3. Parmi les établissements ayant déclaré des lits pour soins généraux et spécialisés, on ne conserve que ceux qui enregistrent quinze départs ou plus par lit et par année ; ceci correspond aux « soins actifs » définis dans les « Statistiques MED-ÉCHO ».
4. Il s'agit des lits d'hébergement et de soins de longue durée, permanents et temporaires, pour personnes en perte d'autonomie, avec ou sans diagnostic psychiatrique, en incluant les lits de soins de courte durée utilisés pour l'hébergement et les soins de longue durée.
5. Il s'agit des places d'hébergement en pavillon, qu'elles soient utilisées pour un problème d'ordre physique ou psychiatrique.

MSSS, SDI, janvier 2001.



Les services



- (Les services à domicile
- (Les services ambulatoires
- (Les services préhospitaliers d'urgence
- (Les services de soins de courte durée
- (Les services couverts par le régime d'assurance maladie
- (Les services de protection de la jeunesse
- (Les services de réadaptation
- (Les services d'hébergement et soins de longue durée

LES SERVICES



Dans cette section, on trace un portrait global des services sociosanitaires utilisés par la population québécoise. Notre intention n'est pas de traiter de façon exhaustive de tous les services offerts, mais plutôt de nous limiter à ceux qui nous semblent les plus importants de par leur volume ou leur coût, à ceux qui constituent des « portes d'entrée » dans le système ou encore à ceux qui touchent les nouvelles réalités auxquelles doit faire face la population.

En général, on reconnaît trois grandes catégories de services sociosanitaires, selon le lieu où ceux-ci sont offerts. La première catégorie regroupe ceux que l'on reçoit chez soi, à savoir les services à domicile. La deuxième comprend ceux qui sont offerts aux usagers qui doivent se déplacer pour les obtenir. On parle ici des usagers inscrits à des services dits « ambulatoires ». En fait, ce sont les traitements qui sont ambulatoires puisqu'ils permettent aux usagers de se déplacer vers les services dont ils ont besoin tout en leur laissant la possibilité de mener une vie active. Enfin, la troisième catégorie englobe les services donnés aux usagers admis en institution pour un séjour de plus d'une journée, par exemple les soins hospitaliers de courte ou de longue durée, les services médicaux en établissement offerts aux usagers admis, les services de réadaptation aux usagers admis en internat et les services d'hébergement dont bénéficient les usagers en perte d'autonomie ; en fait, ce sont tous les services offerts aux personnes hospitalisées, hébergées ou en internat (pour des services de réadaptation).

Il faut noter que les univers de services retenus ici ne sont pas mutuellement exclusifs. Chacun doit être considéré séparément, comme un tout en soi ; en faire la somme engendrerait un biais important puisque certains services seraient comptabilisés deux fois. On remarquera également que, dans certains cas, les données sur le coût des services prennent le pas sur celles qui se rapportent aux clientèles ou à l'utilisation de ces services. Cette situation tient à la disponibilité des données. En effet, sur ce chapitre, il existe parfois des écarts importants en faveur des données sur le coût, surtout quand il s'agit de séries chronologiques comportant un degré de comparabilité acceptable.

LES SERVICES À DOMICILE

Avec le « virage ambulatoire » du milieu des années 1990, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec manifestait véritablement sa volonté de rapprocher les services des milieux de vie et de favoriser une médecine moins invasive et moins lourde. L'ajout de nouveaux services à domicile à ceux qui étaient déjà en place et l'injection de fonds publics supplémentaires concrétisaient cette volonté.

Aujourd'hui, l'expression « services à domicile » a une portée très générale, en ce sens qu'elle désigne l'ensemble des services de base et spécialisés offerts au domicile des usagers par le réseau public de la santé et des services sociaux.

Si l'on s'en tient à la définition qui inclut les dépenses liées à la rémunération des médecins pour les visites à domicile, le Québec a dépensé, en 1999-2000, 491 millions de dollars bruts pour les services à domicile, soit plus du double de ce qu'il avait dépensé au début de la décennie, tandis que l'ensemble des dépenses relatives à la santé et aux services sociaux augmentaient de 33 %. Les services à domicile constituent, maintenant, 3 % de l'ensemble des dépenses sociosanitaires brutes du Québec. Il faut noter que ce montant exclut les coûts de soutien, c'est-à-dire ceux qui sont liés à l'administration générale et au fonctionnement des établissements offrant ces services.

Au cours des années 1990, les dépenses pour les soins à domicile ont augmenté deux fois plus (132 %) que les dépenses pour l'aide à domicile (71 %). Les soins à domicile sont évidemment constitués de soins infirmiers, mais également de services de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, inhalothérapie et orthophonie), de services psychosociaux et de soins spécialisés (nutrition parentérale totale, hémodialyse, dialyse péritonéale). Quant à l'aide à domicile, elle regroupe les soins d'assistance, l'aide à la vie domestique ainsi que le soutien aux familles et aux proches.

Toutefois, on peut ajuster la définition pour circonscrire davantage les services de « soutien à domicile », par exemple en soustrayant la rémunération des médecins pour des visites à domicile, afin d'obtenir un univers de services qui permet des comparaisons plus justes avec ce qui se fait ailleurs au Canada, notamment en Ontario. Ici, on préfère l'expression « soutien à domicile » à celle de « maintien à domicile », car on veut maintenant mettre l'accent sur des services offerts à une personne libre et en mesure d'exercer ses choix, que l'on doit soutenir, et non plus sur des services s'inscrivant dans un objectif social de maintien et d'aide pour compenser les limitations fonctionnelles qui confinent les gens à leur domicile.

Dans cette optique, les montants consacrés au soutien à domicile, incluant 26 % du total en frais d'administration et de fonctionnement mais excluant les services médicaux à domicile rémunérés par la RAMQ, atteignent en 1999-2000 quelque 480 millions de dollars, soit 65 dollars par personne ou encore 3,4 % du total des dépenses sociosanitaires nettes.

DES CHIFFRES

Pour arriver à traduire en chiffres ce que sont les services à domicile au Québec, il faut consulter plusieurs sources d'information — « Intégration-CLSC » pour la clientèle, « système M30 » pour les dépenses, « Gestion SBF-R » pour les subventions aux organismes communautaires et « statistiques RAMQ » pour les visites à domicile effectuées par les médecins — afin d'en broser un tableau, sans doute encore incomplet, mais qui devrait s'affiner au cours des prochaines années.

La base de données dérivée SIFO (Système d'information financière et opérationnelle) nous fournit une bonne approximation de l'évolution des coûts liés à ce domaine d'activités.

Quand on calcule la somme des dépenses brutes au titre des services à domicile effectués par les médecins (RAMQ), par l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) et par les organismes communautaires, on atteint 235 millions de dollars en 1990-1991 et plus de 491 millions de dollars en 1999-2000 ; l'augmentation est de 109 %. Pendant la même période, les dépenses brutes pour l'ensemble des activités sociosanitaires augmentaient de 33 %. Par ailleurs, en 1999-2000, 3 % des dépenses brutes en matière de santé et de services sociaux au Québec sont consacrées aux services à domicile.

Figure 28

Proportion des dépenses totales brutes

consacrée aux services à domicile (SAD) et indice évolutif de ces dépenses, au Québec, 1990-1991 à 1999-2000

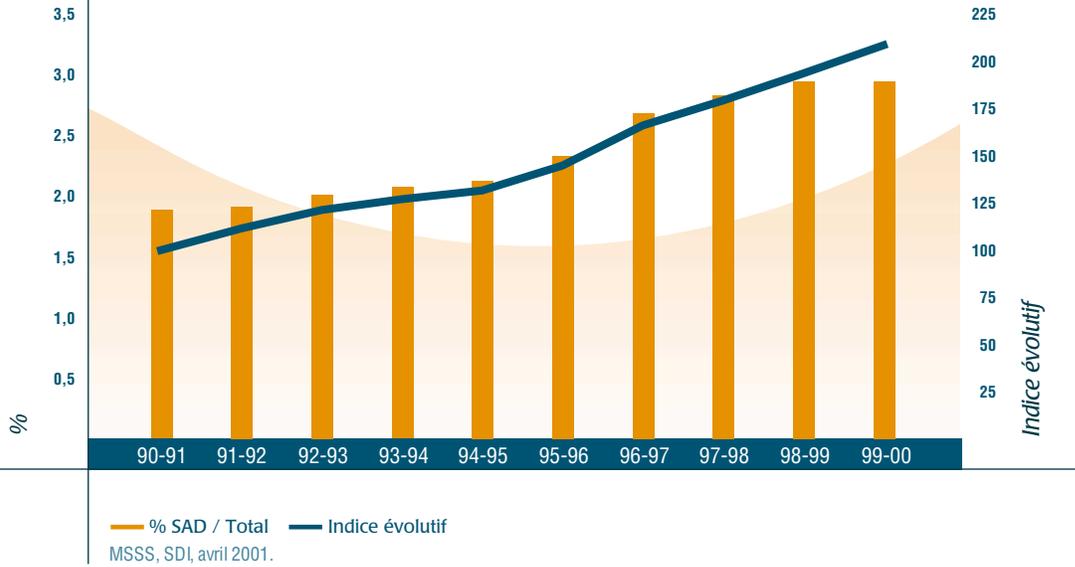
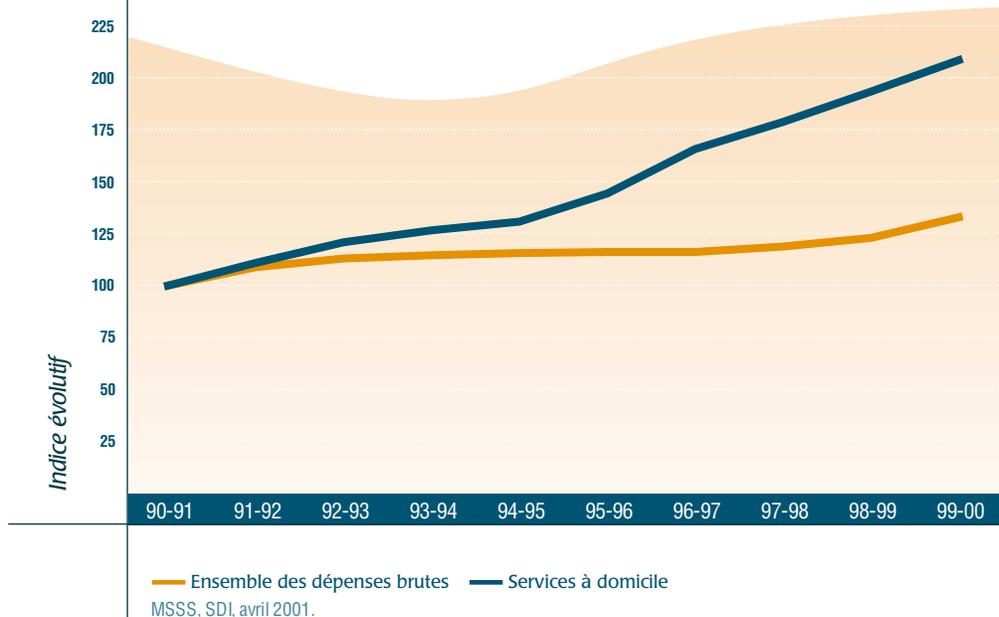


Figure 29

Évolution des dépenses totales brutes

et des dépenses consacrées aux services à domicile, au Québec, 1990-1991 à 1999-2000



LES SERVICES AMBULATOIRES

Une des composantes majeures des services socio-sanitaires offerts à la population québécoise est, sans contredit, les services dits « ambulatoires ». Comme c'est le cas pour plusieurs catégories de services, il s'avère très difficile d'établir la liste précise et complète des éléments qui définissent, en termes opérationnels, l'univers des services ambulatoires. Les définitions actuelles sont plutôt théoriques, de sorte qu'elles sont difficilement chiffrables à partir des données existantes. Ainsi, plusieurs portraits statistiques différents peuvent coexister sans qu'aucun d'entre eux ne soit reconnu ou accepté par tous comme étant celui qui décrit vraiment la réalité concrète de cet ensemble de services.

Dans ce document, nous retenons une définition opérationnelle assez réaliste de l'univers des services ambulatoires, sans toutefois avoir la prétention de détenir celle qui surpasse ou qui rend caduques toutes les autres. Ainsi, nous définissons ces services comme la somme de trois grands blocs : les services médicaux donnés à des usagers « sur pied », les services hospitaliers accordés aux usagers inscrits (par opposition aux usagers admis) et les services de jour offerts aux usagers qui demeurent dans leur milieu.

En 1999-2000, le Québec a dépensé près de 1,5 milliard de dollars pour des services ambulatoires ; cette somme correspond à 9 % de l'ensemble des dépenses brutes liées à la santé et aux services sociaux. Il s'agit d'une augmentation de 33 % par rapport à 1990-1991. Les services médicaux ambulatoires ont généré 51 % de ces dépenses, alors que les services hospitaliers ambulatoires représentaient 42 % des coûts et les services de jour, 7 %.

Outre les 31 millions de consultations faites auprès des médecins, à l'externe, en 1999, on compte, en 1999-2000, près de 278 000 chirurgies d'un jour, près de 3,7 millions de visites à l'urgence, quelque 350 000 présences en hôpital de jour et près de 1,6 million de présences en centre de jour.

En 1990-1991, les dépenses effectuées pour les services à domicile étaient constituées à 42 % de soins à domicile, à 49 % d'aide à domicile et à 9 % de services communautaires offerts par des organismes bénévoles. En 1999-2000, ces proportions ont évolué pour atteindre respectivement 47 %, 40 % et 13 %, ce qui traduit un glissement vers les soins à domicile et les services communautaires.

En fait, au cours de la période observée, les dépenses liées aux soins à domicile ont augmenté deux fois plus rapidement que celles qui se rapportent à l'aide à domicile (132 % contre 71 %), alors que les dépenses liées aux services communautaires étaient multipliées par trois.

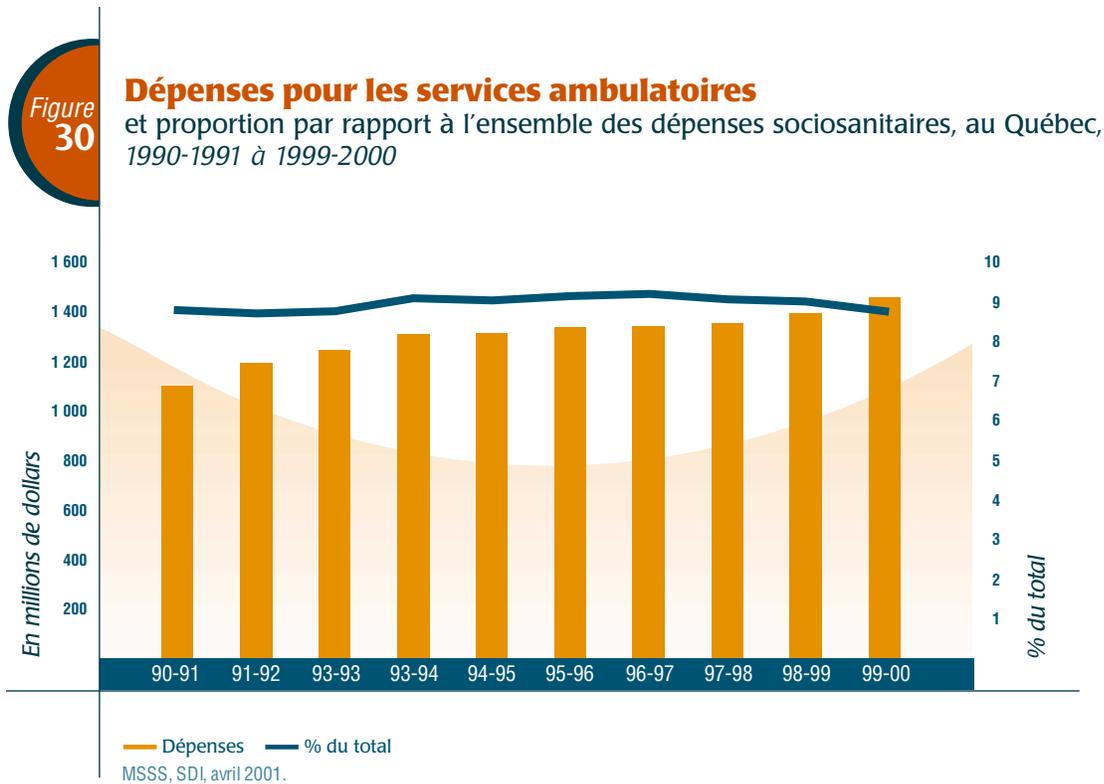
Au moment de la rédaction de ce document, le Ministère s'emploie à établir une définition opérationnelle, qui devra être reconnue de façon officielle, du soutien à domicile, c'est-à-dire une liste précise et exhaustive de tous les éléments mesurables qui entrent dans cette catégorie de services. Aucun système d'information encore n'était en mesure de fournir l'ensemble des données nécessaires pour mesurer de façon exacte l'utilisation de ces services et les coûts qui en découlent. Cependant, le Ministère est à achever la mise en place d'un système d'information (Intégration-CLSC) qui devrait donner ses premiers résultats, portant sur l'année 2000-2001, dans quelques mois. D'ici là, nous ne pouvons obtenir qu'une vision assez partielle de la situation, à partir des données de l'ancienne banque Système d'information clientèle-CLSC (SIC-CLSC).

On peut tout de même constater une hausse importante, de près de 12 %, du nombre d'interventions individualisées dans le secteur du soutien à domicile et une augmentation de 14 % du nombre d'usagers (individus différents) entre 1997-1998 et 1998-1999. De plus, on observe une augmentation de plus de 9 % du nombre d'heures travaillées par le personnel affecté à ces services durant la même période. Il s'agit là d'un secteur d'activité en pleine croissance.

DES CHIFFRES

Nous avons retenu trois grands blocs pour constituer les services ambulatoires : les services médicaux offerts à l'externe aux usagers, c'est-à-dire les examens en cabinet et en établissement ; les services hospitaliers accordés aux usagers inscrits (par opposition aux usagers admis), c'est-à-dire les chirurgies d'un jour, les services externes, les services d'urgence, etc. ainsi que les services de jour, c'est-à-dire les services en hôpital de jour et en centre de jour.

En 1990-1991, le Québec consacrait 1,097 milliard de dollars aux services ambulatoires. Dix ans plus tard, les dépenses pour de tels services atteignent 1,458 milliard de dollars, en augmentation de 33 % par rapport au début de la décennie. Ce sont 9 % des dépenses totales brutes qui vont aux services ambulatoires, sans compter les frais administratifs ni les frais de fonctionnement général des établissements qui les offrent ; la proportion demeure assez stable depuis dix ans.



En 1999-2000, 51 % des dépenses pour les services ambulatoires sont liées aux services médicaux, 42 % aux services hospitaliers et 7 % aux services de jour. On compte 31 millions de visites médicales à l'externe, soit un million de plus qu'au début de la décennie. En moyenne, une visite coûte aujourd'hui 24 dollars ; c'est 4 dollars de plus qu'en 1990. On a également effectué près de 278 000 chirurgies d'un jour ; cette pratique a connu une augmentation constante pendant plusieurs années à partir de 1990 avant que l'on assiste à un ralentissement de sa croissance et même à une stabilisation depuis les deux dernières années. En 1999-2000, on a aussi comptabilisé près de 3,7 millions de visites à l'urgence des hôpitaux, plus de 6,2 millions de consultations externes pour des problèmes de santé physique et près de 150 000 consultations externes pour des problèmes de santé mentale. Enfin, près de 232 000 patients ont été vus par des professionnels de la santé, en médecine de jour, pour un total de quelque 450 000 jours-soins.

Pour ce qui est des services de jour, on comptait près de 350 000 présences en hôpital de jour, dont quelque 237 000 pour le traitement de maladies mentales en phase aiguë. De plus, on a dénombré près de 1,6 million présences aux activités des centres de jour, dont plus de 842 000 concernaient des personnes souffrant d'une déficience intellectuelle.

LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Au Québec, le système préhospitalier d'urgence est constitué d'une chaîne d'interventions dont l'efficacité repose essentiellement sur la coordination optimale entre la réponse aux besoins des usagers et la disponibilité des ressources préhospitalières d'urgence. Fondamentalement, son objectif est de réduire au minimum la mortalité et la morbidité parmi les usagers en cherchant à atteindre un niveau maximal de performance à chacune des étapes de la chaîne d'intervention. Pour ce faire, on se doit d'écourter le plus possible à la fois le « temps-réponse », qui est le temps écoulé entre l'appel téléphonique et l'arrivée des services ambulanciers sur les lieux, l'« intervalle-réponse », qui correspond au temps consacré à l'intervention sur place et au transport vers la salle d'urgence, et le « délai hors service », qui est la période de temps écoulé entre l'arrivée au centre de soins et le moment où l'équipe ambulancière peut répondre à un autre appel.

Chaque maillon de la chaîne d'interventions s'inscrit dans une suite d'événements auxquels participent plusieurs personnes. Au chaînon initial correspondent les « premiers intervenants », c'est-à-dire les première personnes qui arrivent sur la scène d'un incident et qui appellent les services préhospitaliers d'urgence. Vient ensuite la « centrale de coordination des appels urgents », qui prend alors le relais. Ses fonctions de base sont les suivantes : la réception et le traitement des appels urgents, la répartition des ressources en attente, l'affectation des ressources ainsi que le suivi et l'encadrement de ces ressources. Comme troisième maillon, on trouve les « premiers répondants », lesquels amorcent les manœuvres de réanimation ou de stabilisation essentielles en attendant les ressources spécialisées. Ils contribuent particulièrement à la compression des délais d'intervention et à la continuité des soins. Puis entrent en jeu les « services ambulanciers », où on stabilise l'état de la victime et on la transporte rapidement au centre hospitalier capable de lui fournir les soins dont elle a besoin. Les ambulanciers déplacent également des usagers d'un établissement à l'autre. Enfin, le dernier maillon est constitué du personnel des « salles d'urgences » disséminées sur le territoire.

En matière de services préhospitaliers, le transport ambulancier se situe au cœur de la chaîne des interventions et il en constitue sans l'ombre d'un doute l'élément le plus important.

Au Québec, le coût d'un transport ambulancier était, en 1998-1999, de 125 dollars plus 1,75 dollar par kilomètre parcouru. Ce transport est à la charge d'un tiers payeur pour les personnes suivantes :

- les personnes blessées dans un accident de la route ;
- les prestataires de l'aide de dernier recours ;
- les personnes blessées au travail ;
- les anciens combattants ;
- les usagers transportés entre deux établissements (CH et CHSLD) ;
- les personnes âgées de 65 ans ou plus ;
- les membres des Forces armées canadiennes ;
- les détenus ;
- les Amérindiens et les Inuits inscrits sur une réserve ;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada.

Dans chaque véhicule prennent place deux techniciens ambulanciers ayant reçu une formation reconnue par le MSSS et le MEQ. Chaque technicien doit détenir une carte attestant sa formation de base, se soumettre aux normes de maintien de la compétence et obtenir un permis de travail du centre hospitalier responsable des services préhospitaliers. La formation nécessite 840 heures de cours offerts dans deux collèges d'enseignement professionnel.

En 1998-1999, le Québec comptait approximativement 3 100 techniciens ambulanciers, ce qui correspond à un rapport de 1 pour 2 380 personnes. Environ 800 travaillaient à Urgences-santé, organisme qui couvre les régions de Montréal-Centre (06) et de Laval (13). Dans les autres régions, ce sont les régies régionales qui sont responsables de l'organisation des services.

Le financement des services préhospitaliers d'urgence provient de trois sources. Le Ministère en assume environ la moitié, alors que la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et l'utilisateur du service ambulancier se partagent, de façon relativement égale, l'autre moitié.

DES CHIFFRES

Le budget consacré aux services préhospitaliers d'urgence, pour l'année financière 1998-1999, a atteint quelque 206 millions de dollars, dont 136 millions par l'entremise des régies régionales et 70 millions par celle d'Urgences-santé. En 1994-1995, le budget s'élevait à 193,5 millions de dollars, dont 97,5 millions étaient assumés par le Ministère, 43 millions par la SAAQ et 53 millions par les utilisateurs (agents payeurs). À ces montants, il faut ajouter 8 millions de dollars pour l'avion-ambulance, coût qui est relativement stable depuis le milieu des années 1990.

En 1998-1999, le Québec comptait 542 ambulances, ce qui correspond à un rapport de 7,4 ambulances par tranche de 100 000 personnes. Quatre ans plus tôt, le rapport était de 8 ambulances pour 100 000 personnes ; il y en avait alors 578 au total.

En 1994-1995, les 440 000 transports ambulanciers correspondent à 61 transports pour 1 000 personnes. En 1998-1999, on en a effectué 471 400, pour un rapport de 64 transports pour 1 000 personnes.

De 1994-1995 à 1998-1999, le budget des services préhospitaliers d'urgence est passé de 26,84 \$ à 28,08 \$ par personne. Le coût moyen d'un déplacement, quant à lui, montre une légère baisse de 3,55 \$.

Tableau
14

Quelques statistiques sur **les services préhospitaliers d'urgence,** au Québec, 1994-1995 et 1998-1999

Indicateur	94-95	98-99
Population	7 208 170	7 322 994
Nombre d'ambulances	578	542
Nombre pour 100 000 personnes	8,02	7,40
Nombre de transports	440 096	471 419
Nombre pour 1 000 personnes	61	64
Dépenses ¹ (en millions \$)	193,5	205,6
Montant par personne (\$)	26,84	28,08
Montant moyen par transport (\$)	439,68	436,13

1. À ces montants, il faut ajouter 8 M\$ par année pour l'avion-ambulance.
MSSS, SDI, février 2001.

LES SERVICES DE SOINS DE COURTE DURÉE

Les observations présentées dans cette section portent uniquement sur les soins de courte durée dits « actifs », à savoir les soins physiques, les soins psychiatriques et les soins aux nouveau-nés offerts dans des installations de soins généraux et spécialisés (les hôpitaux), excluant celles qui donnent principalement des soins de longue durée, de réadaptation ou de convalescence, ou encore des soins psychiatriques. De plus, les soins de longue durée offerts dans les installations retenues, que ce soit dans des lits assignés à la courte ou à la longue durée, ont également été exclus.

La tendance observée sur le plan des hospitalisations pour des soins actifs de courte durée est largement tributaire de deux phénomènes : d'abord, le développement des technologies médicales, qui, en faisant reculer peu à peu les méthodes dites « invasives », entraîne une diminution de la durée des séjours hospitaliers, puis l'utilisation accrue de la chirurgie d'un jour, qui, elle, réduit le nombre d'hospitalisations. Cependant, il est intéressant de noter que le recours à la chirurgie d'un jour engendre une légère tendance à la hausse du séjour moyen global à la fin des années 1990. En effet, son utilisation résulte en une diminution des hospitalisations nécessitant de courts séjours en institution, ce qui laisse plus de place aux longs séjours, même si ceux-ci ont une durée inférieure à ce qu'elle était auparavant.

En 1999-2000, quelque 736 000 hospitalisations pour des soins de courte durée généraient 5,3 millions de journées d'hospitalisation, deux chiffres qui laissent voir une baisse importante par rapport aux données enregistrées au milieu des années 1990. Le séjour moyen a également régressé, passant de 8,8 jours au milieu des années 1980, à un peu plus de 7 jours à la fin des années 1990, mais il semble vouloir se stabiliser depuis.

Le nombre d'hospitalisations a régressé pour les usagers de tous les groupes d'âge, sauf pour ceux qui sont âgés de 50 à 59 ans et ceux qui ont 70 ans ou plus. Si l'on considère le nombre de jours d'hospitalisation, ce sont les personnes âgées de 85 ans ou plus qui ne suivent pas la tendance à la baisse alors que, sur le plan du séjour moyen, seuls les gens âgés de 15 à 19 ans vont à l'encontre de la tendance générale, avec un séjour moyen de 5,1 jours.

Ce sont les catégories de diagnostics « Troubles mentaux » et « Tumeurs » qui entraînent les séjours moyens les plus élevés ; les catégories liées aux naissances donnent lieu aux plus courts.

Six catégories de diagnostics, dont les maladies de l'appareil circulatoire et les troubles mentaux, montrent une augmentation du nombre d'hospitalisations entre 1992-1993 et 1999-2000.

DES CHIFFRES

Au cours des années 1980, le nombre d'hospitalisations pour des soins de courte durée est demeuré relativement stable à environ 800 000. Par contre, du début jusqu'au milieu des années 1990, on assiste à une croissance importante de 8,2 %. Mais, depuis 1994-1995, le nombre d'hospitalisations pour des soins de courte durée diminue chaque année. Il est passé d'un peu plus de 865 500 en 1994-1995 à moins de 740 000 en 1999-2000, ce qui représente une baisse de plus de 15 %.

En ce qui a trait aux journées d'hospitalisation liées à ces admissions, mis à part les années 1982-1983 et 1989-1990 où leur nombre est en repli par rapport aux autres années, elles sont demeurées elles aussi assez stables, légèrement sous la barre des 7 millions, et ce, jusqu'au milieu des années 1990. Depuis, leur nombre est en constante régression. En 1999-2000, on en compte quelque 5,3 millions, soit un recul de 24 % par rapport à 1993-1994.

Figure 31

Nombre d'hospitalisations et de journées d'hospitalisation pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, au Québec, 1982-1983 à 1999-2000

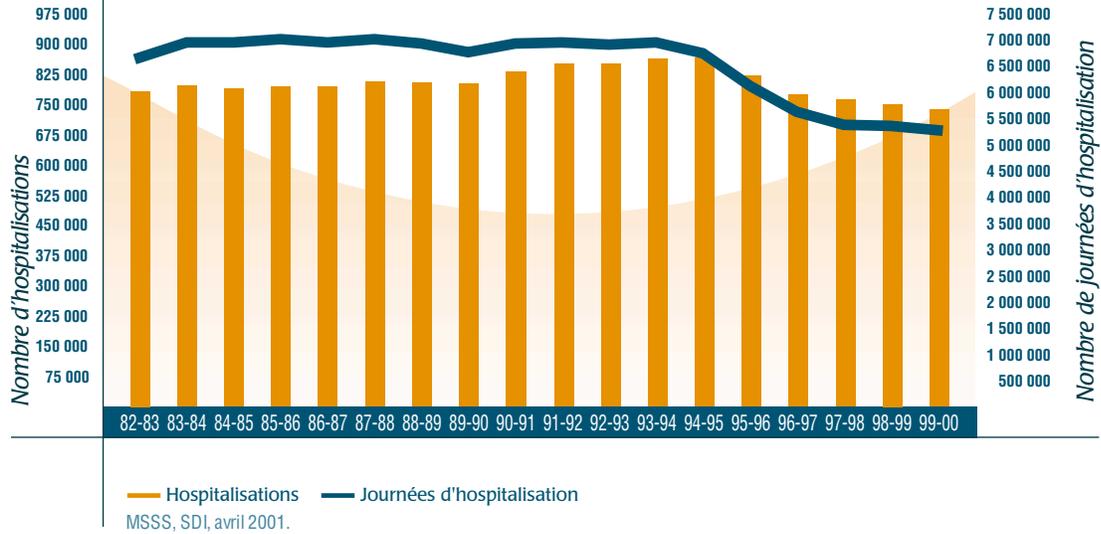
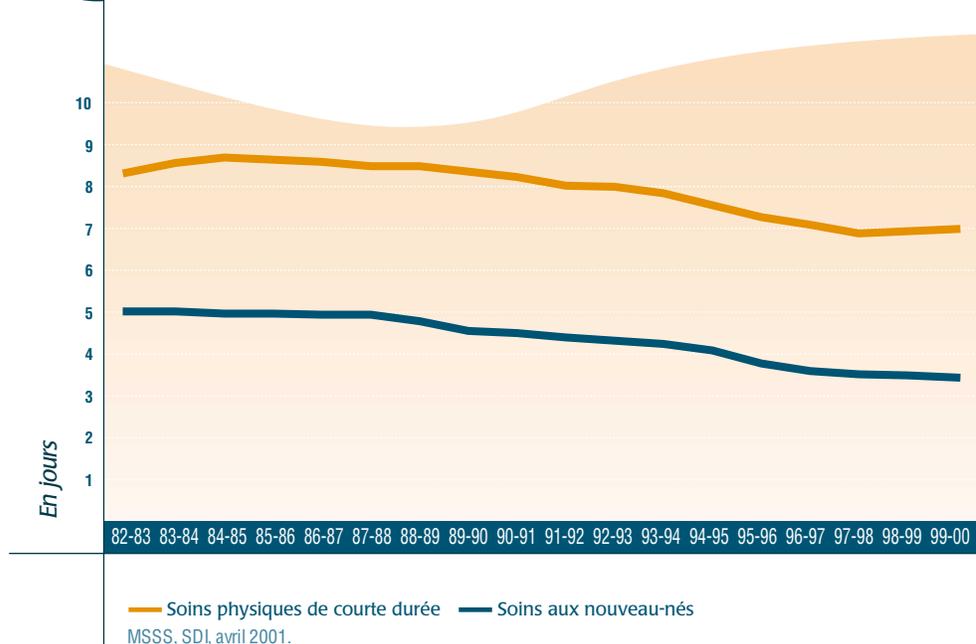


Figure 32

Séjour moyen pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, selon la catégorie de soins, au Québec, 1982-1983 à 1999-2000



Les chiffres traduisent un séjour moyen à la baisse, surtout depuis le milieu des années 1980, bien qu'à la fin de la décennie, la situation semble vouloir se stabiliser à un peu plus de 7 jours par hospitalisation. Sur ce chapitre, l'impact des soins aux nouveau-nés n'est pas négligeable, le séjour moyen de ce type d'usager ayant diminué de plus de 31 % de 1982-1983 à 1999-2000, soit un recul annuel moyen de plus de 2 %.

Entre 1992-1993 et 1999-2000, le nombre d'hospitalisations a diminué pour tous les groupes d'âge, sauf pour les personnes âgées de 50 à 59 ans et celles qui ont 70 ans ou plus. La baisse est particulièrement sentie pour les nouveau-nés ainsi que pour les personnes dont l'âge varie entre 20 et 35 ans, période où, en général, les femmes accouchent. Cela traduit la chute de natalité observée, au Québec, depuis le milieu des années 1990.

Pour la même période, le nombre de journées d'hospitalisation a diminué pour tous les groupes d'âge, sauf pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. L'augmentation rapide de l'effectif de ce groupe d'âge fait plus que compenser l'effet du développement des technologies médicales et des nouvelles façons de faire.

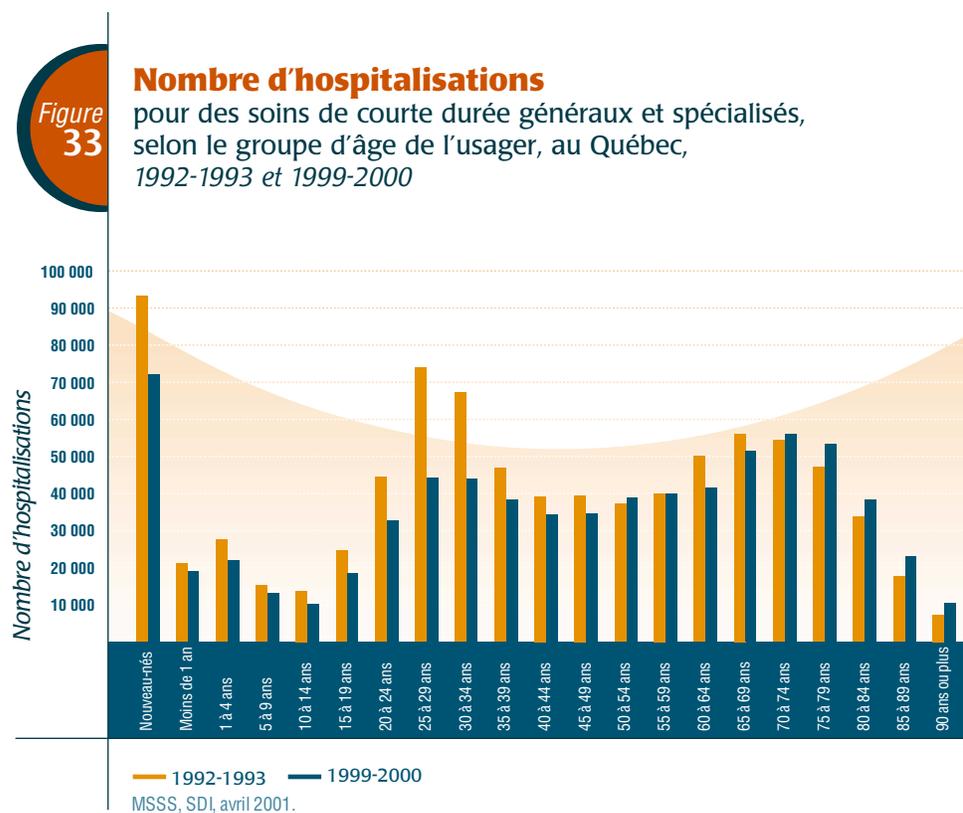
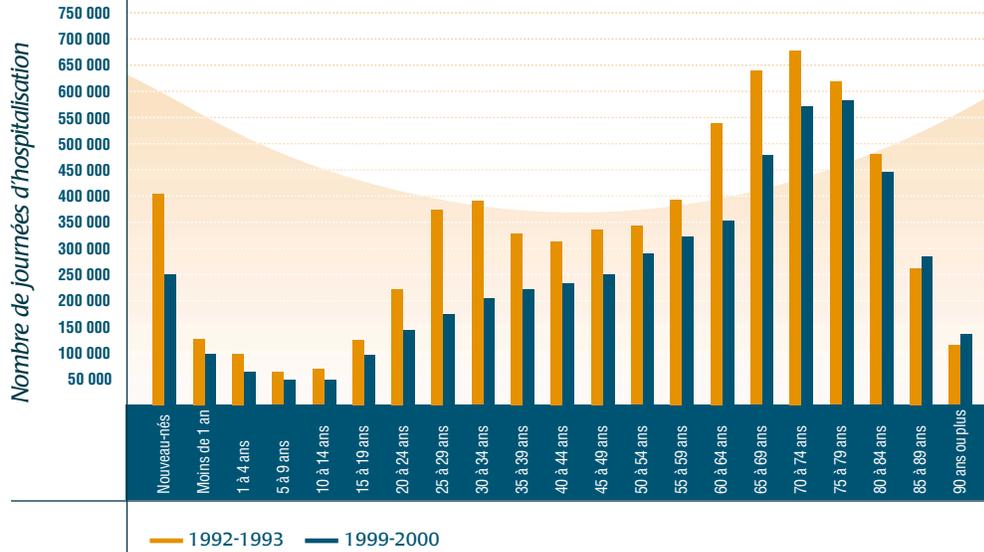


Figure 34

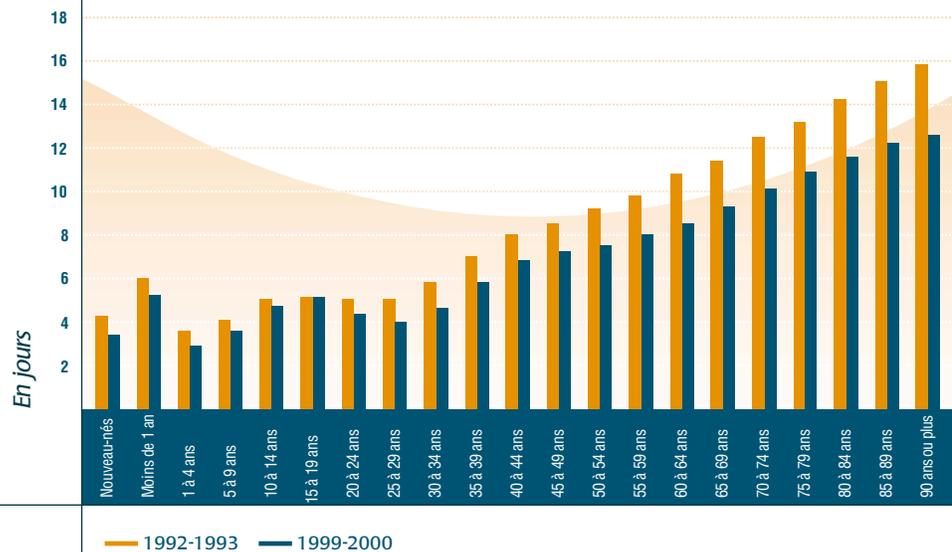
Nombre de journées d'hospitalisation
pour des soins de courte durée généraux et spécialisés,
selon le groupe d'âge de l'utilisateur, au Québec,
1992-1993 et 1999-2000



MSSS, SDI, avril 2001.

Figure 35

Séjour moyen
pour des soins de courte durée généraux et spécialisés,
selon le groupe d'âge de l'utilisateur, au Québec,
1992-1993 et 1999-2000



MSSS, SDI, avril 2001.

Enfin, seules les personnes âgées de 15 à 19 ans ont vu leur séjour moyen rester stable entre 1992-1993 et 1999-2000 ; pour tous les autres groupes d'âge, il a diminué de façon importante. La situation particulière du groupe d'âge des 15 à 19 ans s'explique sans doute par la baisse considérable du nombre de grossesses chez les jeunes femmes de cet âge (1 671 hospitalisations de moins, ou -26 %, en 1999-2000 par rapport à 1992-1993), les accouchements nécessitant des séjours plutôt courts (2,8 jours en moyenne, en 1999-2000), jumelée à une hausse du nombre d'hospitalisations pour troubles mentaux (785 hospitalisations de plus ou 66 % par rapport à 1992-1993), lesquels entraînent des séjours plus longs (16,2 jours en moyenne, en 1999-2000). Dans l'ensemble, la diminution importante du nombre d'accouchements, donc de courts séjours, depuis trois ou quatre ans laisse plus de place aux séjours plus longs, ce qui se traduit par l'allongement du séjour moyen global — surtout au cours des récentes années.

La Classification internationale des maladies, 9^e révision (CIM-9), nous propose deux niveaux de regroupement des diagnostics : le regroupement en 19 catégories générales et le regroupement en 119 catégories plus précises. Nous limiterons nos observations au « regroupement 19 ».

Bien qu'au total le nombre d'hospitalisations ait diminué sensiblement (de plus de 110 000 hospitalisations ou -13 %) entre 1992-1993 et 1999-2000, six catégories de diagnostics ont suivi une tendance inverse, notamment les catégories « Troubles mentaux », pour laquelle la hausse est de 16,3 %, et « Maladies de l'appareil circulatoire », où l'on enregistre une hausse de 5,6 %. Les deux catégories ayant connu les plus fortes diminutions sont liées directement à la natalité, soit « Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches », avec -28 %, et « Enfants nés vivants en bonne santé », avec -22,5 %.

Mis à part la catégorie « Symptômes, signes et états morbides mal définis », toutes les catégories de diagnostics ont vu leur nombre de journées d'hospitalisation diminuer entre 1992-1993 et 1999-2000. La baisse est particulièrement sentie dans la catégorie « Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches » (45 %).

En ce qui concerne les séjours moyens par catégorie, on observe des baisses partout, sauf pour la catégorie « Maladies du système nerveux et des organes des sens ». Ce phénomène est essentiellement dû au transfert en chirurgie d'un jour d'une part importante des hospitalisations pour de courts séjours, ce qui donne plus de poids aux séjours plus longs. Par exemple, pour la sous-catégorie « Maladies de l'œil et ses annexes », on est passé de 20 453 hospitalisations en 1992-1993 à 3 964 en 1999-2000. Or, le séjour moyen lié à cette sous-catégorie est d'à peine 2,8 jours en 1999-2000.

Si les groupes de diagnostics liés aux naissances donnent lieu aux séjours les plus courts, en moyenne, les catégories « Troubles mentaux » — avec 22,2 jours, en moyenne, en 1992-1993 et 17,3 jours en 1999-2000 — ainsi que « Tumeurs » — avec 13,1 jours en 1992-1993 et 10,8 jours en 1999-2000 — sont celles où l'on constate les plus longs séjours.

Figure
36**Nombre d'hospitalisations**

pour des soins de courte durée généraux et spécialisés,
selon le regroupement 19 des diagnostics, au Québec,
1992-1993 et 1999-2000

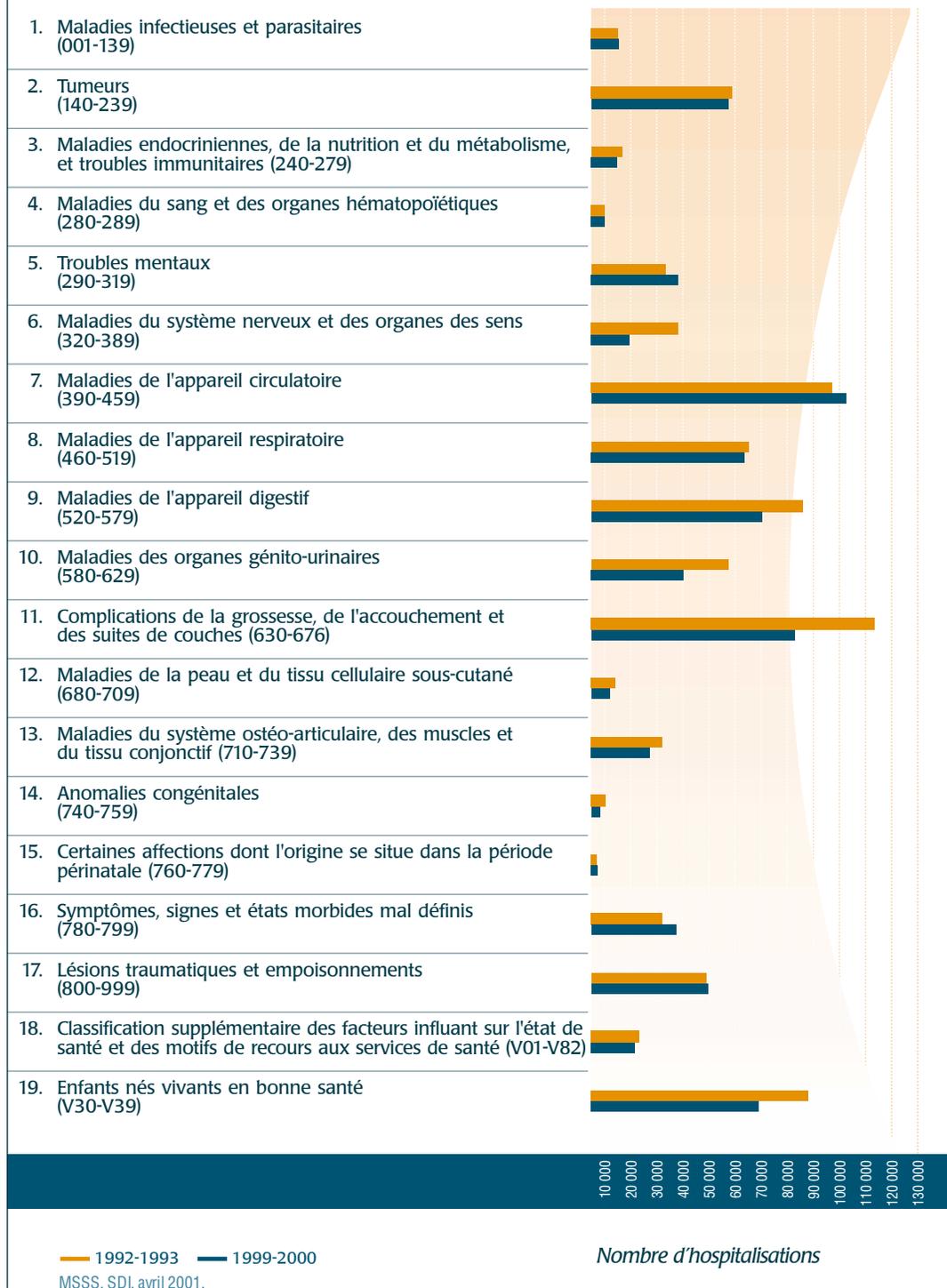
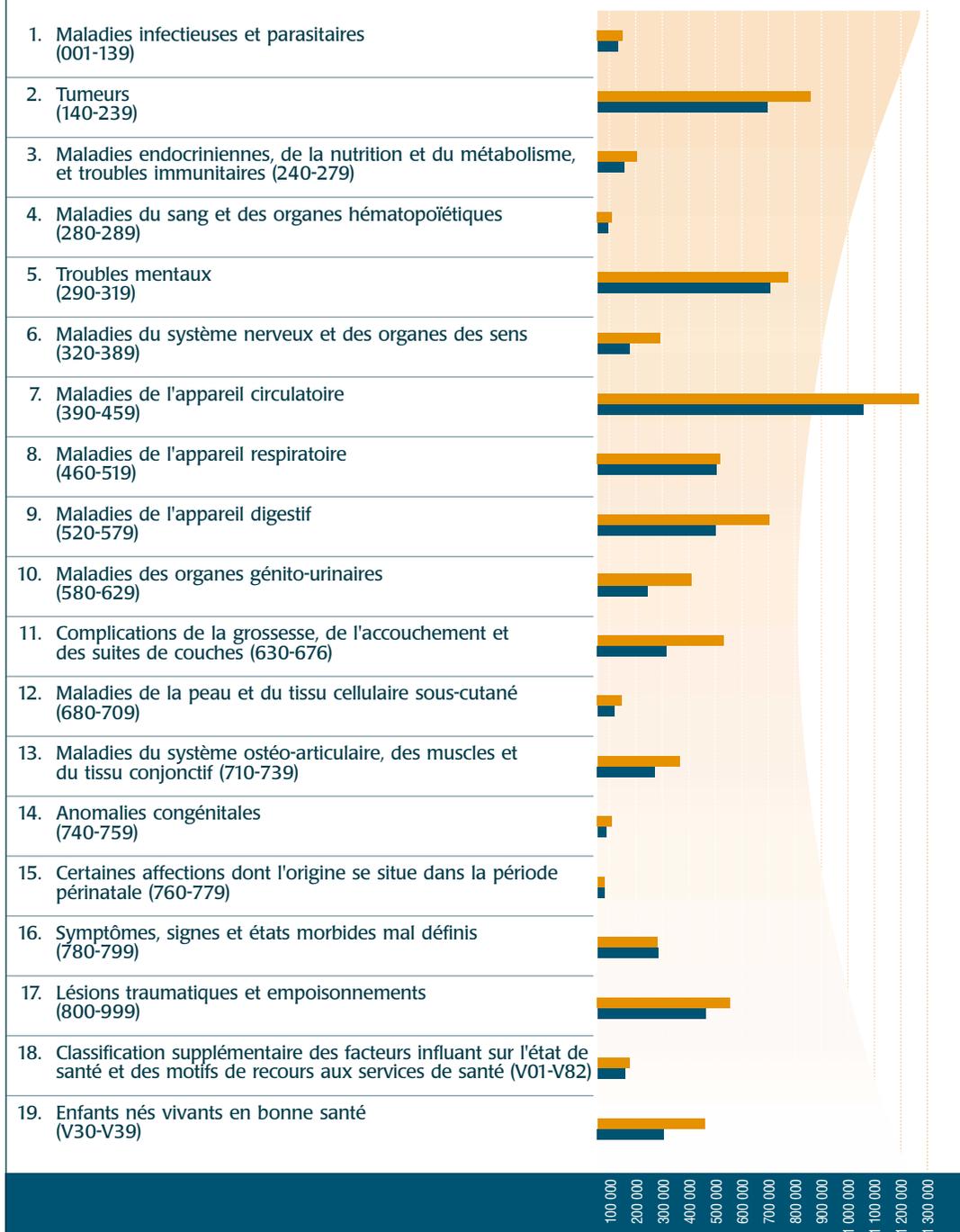


Figure
37

Nombre de journées d'hospitalisation

pour des soins de courte durée généraux et spécialisés,
selon le regroupement 19 des diagnostics, au Québec,
1992-1993 et 1999-2000



— 1992-1993 — 1999-2000

MSSS, SDI, avril 2001.

Nombre de journées d'hospitalisations

Figure
38**Séjour moyen**

pour des soins de courte durée généraux et spécialisés,
selon le regroupement 19 des diagnostics, au Québec,
1992-1993 et 1999-2000

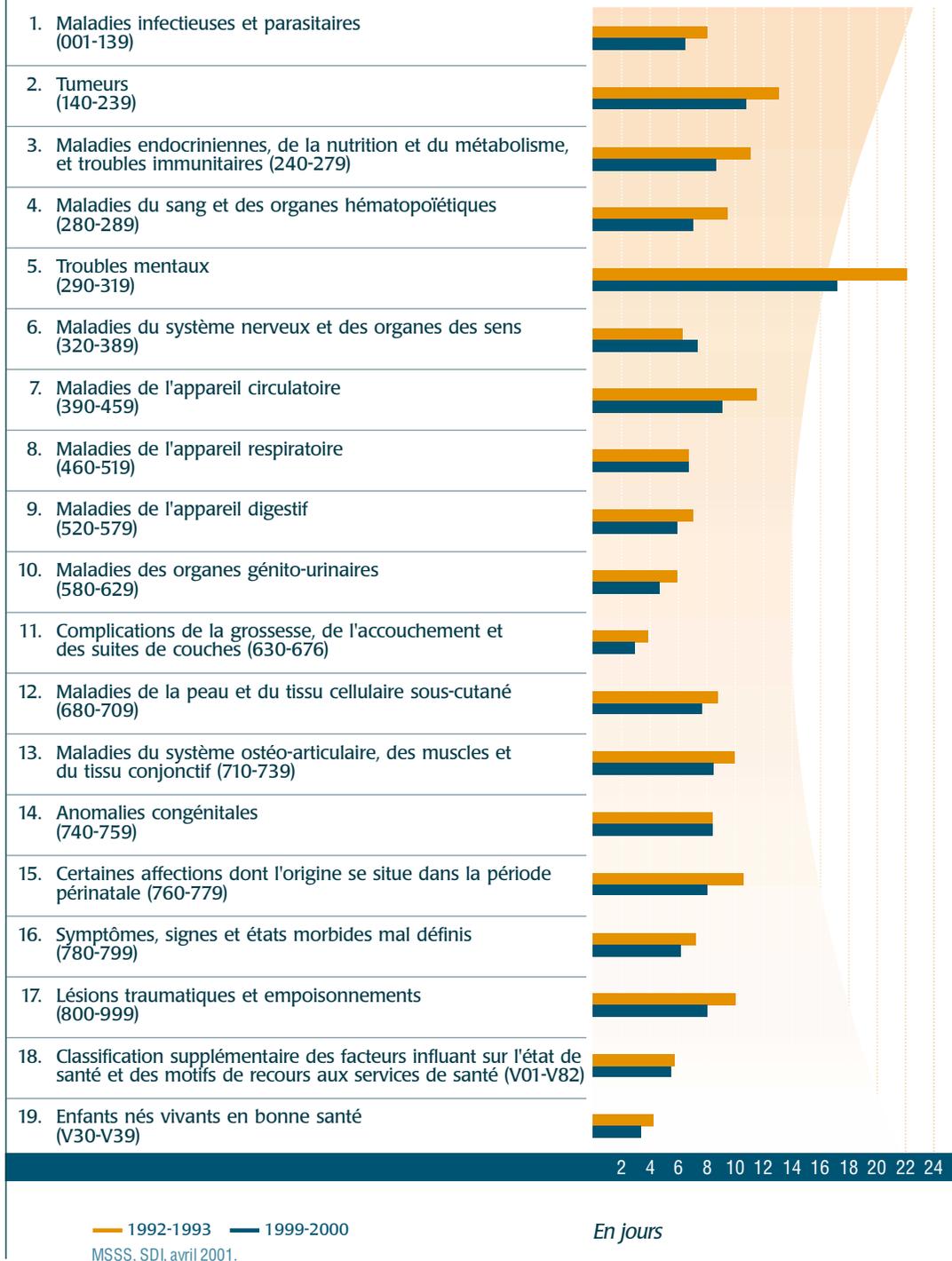


Tableau
15**Hospitalisations pour des soins de courte durée¹**dans les installations de soins généraux et spécialisés²
participant au système Med-Écho, au Québec,
1982-1983 à 1999-2000

Année	Hospitalisations		Jours-présence		Séjours moyens	
	Nombre	% var. ann.	Nombre	% var. ann.	En jours	% var. ann.
1982-1983	782 178		6 652 990		8,51	
1983-1984	796 316	1,8	6 942 457	4,4	8,72	2,5
1984-1985	785 820	-1,3	6 940 520	-0,03	8,83	1,3
1985-1986	791 961	0,8	6 997 018	0,8	8,84	0,03
1986-1987	791 222	-0,1	6 944 796	-0,7	8,78	-0,7
1987-1988	805 806	1,8	6 997 547	0,8	8,68	-1,1
1988-1989	802 635	-0,4	6 924 841	-1,0	8,63	-0,6
1989-1990	799 803	-0,4	6 763 189	-2,3	8,46	-2,0
1990-1991	830 545	3,8	6 923 812	2,4	8,34	-1,4
1991-1992	849 858	2,3	6 932 010	0,1	8,16	-2,2
1992-1993	848 921	-0,1	6 897 984	-0,5	8,13	-0,4
1993-1994	863 502	1,7	6 934 058	0,5	8,03	-1,2
1994-1995	865 525	0,2	6 731 339	-2,9	7,78	-3,2
1995-1996	818 997	-5,4	6 107 942	-9,3	7,46	-4,1
1996-1997	774 255	-5,5	5 623 266	-7,9	7,26	-2,6
1997-1998	760 717	-1,7	5 362 742	-4,6	7,05	-2,9
1998-1999	749 858	-1,4	5 341 743	-0,4	7,12	1,1
1999-2000	736 481	-1,8	5 277 738	-1,2	7,17	0,7
V.A.M. ³ en %		-0,2		-1,3		-1,0

1. Soit les soins physiques, les soins psychiatriques et les soins aux nouveau-nés.

2. Il s'agit uniquement des installations de soins généraux et spécialisés « actifs », ce qui exclut celles qui offrent principalement des soins de longue durée, de réadaptation, de convalescence, ou des soins psychiatriques. De plus, les soins de longue durée donnés dans les installations retenues, que ce soit dans des lits assignés à des soins de courte ou de longue durée, ont également été éliminés.

3. Variation annuelle moyenne.

MSSS, SDI, avril 2001.

Hospitalisations pour des soins de courte durée¹dans les installations de soins généraux et spécialisés²participant au système Med-Écho, selon le groupe d'âge de l'utilisateur, au Québec,
1992-1993 et 1999-2000

Groupe d'âge	1992-1993				1999-2000				Var. en % des hosp. 1999-2000/ 1992-1993
	Hosp.	Répart. (%)	Jours- prés.	Répart. (%)	Hosp.	Répart. (%)	Jours- prés.	Répart. (%)	
Tous âges	848 921	100,0	6 897 984	100,0	736 481	100,0	5 277 738	100,0	-13,2
Nouveau-nés	93 408	11,0	403 240	5,8	72 345	9,8	248 607	4,7	-22,5
Moins de 1 an	20 949	2,5	125 360	1,8	18 932	2,6	97 581	1,8	-9,6
1 à 4 ans	27 427	3,2	97 640	1,4	21 923	3,0	62 864	1,2	-20,1
5 à 9 ans	15 168	1,8	61 567	0,9	13 094	1,8	47 402	0,9	-13,7
10 à 14 ans	13 882	1,6	68 850	1,0	10 372	1,4	48 338	0,9	-25,3
15 à 19 ans	24 434	2,9	124 549	1,8	18 434	2,5	94 388	1,8	-24,6
20 à 24 ans	44 561	5,2	220 896	3,2	32 675	4,4	143 878	2,7	-26,7
25 à 29 ans	74 016	8,7	373 712	5,4	44 089	6,0	174 379	3,3	-40,4
30 à 34 ans	67 145	7,9	389 920	5,7	43 848	6,0	203 306	3,9	-34,7
35 à 39 ans	46 659	5,5	326 633	4,7	38 303	5,2	222 547	4,2	-17,9
40 à 44 ans	39 107	4,6	311 963	4,5	34 340	4,7	232 164	4,4	-12,2
45 à 49 ans	39 337	4,6	335 666	4,9	34 608	4,7	247 615	4,7	-12,0
50 à 54 ans	37 267	4,4	341 501	5,0	38 790	5,3	290 317	5,5	4,1
55 à 59 ans	40 076	4,7	391 117	5,7	40 172	5,5	320 413	6,1	0,2
60 à 64 ans	50 021	5,9	538 548	7,8	41 381	5,6	351 920	6,7	-17,3
65 à 69 ans	56 043	6,6	637 626	9,2	51 541	7,0	477 419	9,0	-8,0
70 à 74 ans	54 248	6,4	677 657	9,8	56 120	7,6	568 887	10,8	3,5
75 à 79 ans	46 969	5,5	618 269	9,0	53 172	7,2	581 225	11,0	13,2
80 à 84 ans	33 573	4,0	477 781	6,9	38 449	5,2	445 273	8,4	14,5
85 à 89 ans	17 408	2,1	261 589	3,8	23 222	3,2	284 306	5,4	33,4
90 ans ou plus	7 223	0,9	113 900	1,7	10 671	1,4	134 909	2,6	47,7

1. Soit les soins physiques, les soins psychiatriques et les soins aux nouveau-nés.

2. Il s'agit uniquement des installations de soins généraux et spécialisés « actifs », ce qui exclut celles qui offrent principalement des soins de longue durée, de réadaptation, de convalescence, ou des soins psychiatriques. De plus, les soins de longue durée donnés dans les installations retenues, que ce soit dans des lits assignés à des soins de courte ou de longue durée, ont également été éliminés.

MSSS, SDI, avril 2001.

Hospitalisations pour des soins de courte durée¹dans les installations de soins généraux et spécialisés²participant au système Med-Écho, selon le regroupement 19 des diagnostics, au Québec,
1992-1993 et 1999-2000

Regroupement 19 des diagnostics (CIM-9)	1992-1993				1999-2000			
	Hosp.	Jours- prés.	Répart. %	Séj. moy.	Hosp.	Jours- prés.	Répart. %	Séj. moy.
Ensemble (001 - V39)	848 894	6 897 582	100,0	8,1	736 481	5 277 738	100,0	7,2
1 Maladies infectieuses et parasitaires (001-139)	11 708	94 965	1,4	8,1	12 059	77 858	1,5	6,5
2 Tumeurs (140-239)	60 781	796 612	11,5	13,1	58 801	637 019	12,1	10,8
3 Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme, et troubles immunitaires (240-279)	13 151	146 512	2,1	11,1	11 412	98 927	1,9	8,7
4 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques (280-289)	5 875	55 725	0,8	9,5	5 692	40 188	0,8	7,1
5 Troubles mentaux (290-319)	32 152	712 927	10,3	22,2	37 406	648 329	12,3	17,3
6 Maladies du système nerveux et des organes des sens (320-389)	37 180	234 929	3,4	6,3	16 519	121 965	2,3	7,4
7 Maladies de l'appareil circulatoire (390-459)	103 982	1 203 186	17,4	11,6	109 759	995 987	18,9	9,1
8 Maladies de l'appareil respiratoire (460-519)	67 760	461 344	6,7	6,8	66 100	447 639	8,5	6,8
9 Maladies de l'appareil digestif (520-579)	91 165	643 413	9,3	7,1	73 457	441 841	8,4	6,0
10 Maladies des organes génito-urinaires (580-629)	58 842	350 830	5,1	6,0	39 732	188 109	3,6	4,7
11 Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches (630-676)	121 911	473 014	6,9	3,9	87 803	261 662	5,0	3,0
12 Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (680-709)	10 234	90 179	1,3	8,8	7 974	61 320	1,2	7,7
13 Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (710-739)	30 738	307 811	4,5	10,0	25 246	215 015	4,1	8,5
14 Anomalies congénitales (740-759)	6 385	53 616	0,8	8,4	3 751	31 443	0,6	8,4
15 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (760-779)	2 544	27 051	0,4	10,6	3 009	24 331	0,5	8,1
16 Symptômes, signes et états morbides mal définis (780-799)	30 900	223 815	3,2	7,2	36 540	226 530	4,3	6,2
17 Lésions traumatiques et empoisonnements (800-999)	49 444	497 980	7,2	10,1	50 074	407 730	7,7	8,1
18 Classification supplémentaire des facteurs influant sur l'état de santé et des motifs de recours aux services de santé (V01-V82)	20 734	120 433	1,7	5,8	18 802	103 238	2,0	5,5
19 Enfants nés vivants en bonne santé (V30-V39)	93 408	403 240	5,8	4,3	72 345	248 607	4,7	3,4

1. Soit les soins physiques, les soins psychiatriques et les soins aux nouveau-nés.

2. Il s'agit uniquement des installations de soins généraux et spécialisés « actifs », ce qui exclut celles qui offrent principalement des soins de longue durée, de réadaptation, de convalescence, ou des soins psychiatriques. De plus, les soins de longue durée donnés dans les installations retenues, que ce soit dans des lits assignés à des soins de courte ou de longue durée, ont également été éliminés.

LES SERVICES COUVERTS PAR LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

La Régie de l'assurance maladie du Québec administre un certain nombre de programmes en vertu des lois et règlements en vigueur ainsi qu'en conformité avec les ententes conclues entre différentes fédérations de professionnels et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les services médicaux, les services dentaires, les services optométriques, les services pharmaceutiques et les aides techniques (ex. : prothèses, aides auditives ou visuelles) sont autant de services liés à ces programmes qui sont dispensés par des professionnels rémunérés par la RAMQ.

Certains services sont assurés pour l'ensemble de la population résidant au Québec (ex. : services médicaux), alors que d'autres s'adressent uniquement à des clientèles spécifiques (ex. : services dentaires).

Le nombre de services médicaux a diminué depuis 1993 ; en 1999, il se situait à 81,1 millions. Chacun de ces services coûte en moyenne 27,38 \$.

Parmi les services médicaux, on peut distinguer les contacts « médecin-patient », c'est-à-dire, la somme des examens, des consultations, des actes chirurgicaux et des traitements psychiatriques. Ces services sont offerts par des médecins rémunérés à l'acte, en médecine et en chirurgie.

Bon an mal an, chaque médecin compte en moyenne entre 3 500 et 3 700 contacts « médecin-patient », dont plus du quart, en 1999, concernait uniquement les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Depuis son instauration, le programme « Services dentaires » a connu plusieurs modifications de couverture, selon l'une ou l'autre des clientèles visées. En 1999, les dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale ont effectué quelque 2,6 millions de services dentaires, qui coûtaient en moyenne 31,75 \$.

Le programme « Services optométriques » a connu un resserrement sensible de couverture depuis sa mise en vigueur, de sorte qu'en 1999, les services assurés ont baissé de plus de la moitié par rapport à 1990 pour s'établir à 1,7 million. En 1999, chaque service optométrique coûtait en moyenne 16,11 \$.

Depuis l'instauration du régime d'assurance médicaments, en 1997, une nouvelle clientèle s'est ajoutée à celles qui était déjà couvertes par le programme « Médicaments et services pharmaceutiques », soit celle des « adhérents » au régime, c'est-à-dire les personnes non couvertes par une assurance collective privée.

En 1999, 54,8 millions d'ordonnances de médicaments ont été soumises à la RAMQ en vertu du programme « Médicaments et services pharmaceutiques ». Il s'agit d'une hausse considérable par rapport à 1990, correspondant à 91 % ou à 6,7 % de hausse annuelle moyenne. En 1999, chaque ordonnance coûtait, en moyenne 27,33 \$.

Moins de 20 % de ces ordonnances ont été soumises par des prestataires de l'assistance-emploi (aide sociale), près de 58 % par des personnes âgées de 65 ans ou plus et un peu plus de 23 % par des adhérents au régime d'assurance médicaments.

En 1999, quelque 280 000 personnes ont bénéficié de l'un ou l'autre des six programmes liés aux aides techniques, dont le coût moyen par bénéficiaire s'établissait à 241,61 \$. En 1990, un peu moins de 250 000 bénéficiaires ont reçu des services de ce type, dont le coût moyen était de 167,27 \$.

DES CHIFFRES

Les services médicaux

Le programme « Services médicaux » a été implanté en même temps que le régime d'assurance maladie, soit le 1^{er} novembre 1970. Toutes les personnes, résidant au Québec, qui sont inscrites et admissibles au régime d'assurance maladie en plus d'être titulaires d'une carte d'assurance maladie valide ont droit aux services médicaux assurés.

Les services de nature préventive, diagnostique ou curative et les services de réadaptation, sont couverts. Ils sont offerts par les omnipraticiens et les spécialistes ainsi que par les médecins exerçant dans le cadre des lois appliquées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Ces professionnels travaillent principalement en cabinet privé ou en établissement. Ils sont rémunérés à l'acte et à l'unité, à salaire ou à honoraires fixes, à honoraires forfaitaires (à la vacation) ou, depuis le 1^{er} septembre 1999, selon une rémunération mixte (à l'acte et à honoraires forfaitaires). Dans près de 80 % des cas, c'est la rémunération à l'acte qui prévaut.

Jusqu'en avril 1995, des objectifs tarifaires étaient établis sur la base d'un revenu moyen annuel brut, ajustable à chacune des négociations avec les fédérations de professionnels. Du 1^{er} avril 1995 au 31 mars 1998, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ont conclu des ententes avec le Ministère, de façon à remplacer le mécanisme de l'objectif tarifaire par une enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour chacune des deux fédérations de médecins. Le Ministère a aussi conclu une entente avec la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ). En 1999, des amendements ont été apportés à l'entente liant le Ministère et la FMOQ, alors que l'on a modifié celle qui le lie à la FMSQ. Dans ce dernier cas, l'entente a été renouvelée jusqu'au 31 mars 2001.

De plus, pour les omnipraticiens, les dentistes et les optométristes, il existe un plafond individuel de revenu, sur une base trimestrielle ou semestrielle, au-delà duquel les honoraires sont réduits. Enfin, les honoraires versés aux médecins sont augmentés ou réduits, pour une période donnée, selon la localité ou la région où sont donnés les services. Ainsi, les omnipraticiens qui offrent des services dans des territoires où il n'y a pas suffisamment de praticiens reçoivent 115 % de la rémunération de base prévue dans les ententes, pourcentage qui est de 120 % pour les spécialistes dans le même cas. À l'inverse, dans les régions universitaires (Montréal-Centre, Québec, Estrie), les omnipraticiens reçoivent 70 % de la rémunération de base pendant leurs trois premières années de pratique, alors que les nouveaux spécialistes reçoivent 70 % de la rémunération de base les deux premières années, et 80 % les deux années suivantes.

De 1990 à 1993, le nombre de services médicaux est passé de 80,6 millions à 86,7 millions, soit une augmentation de 8 %. Cependant, au cours des cinq années suivantes, il a régressé, pour atteindre 81,1 millions en 1999.

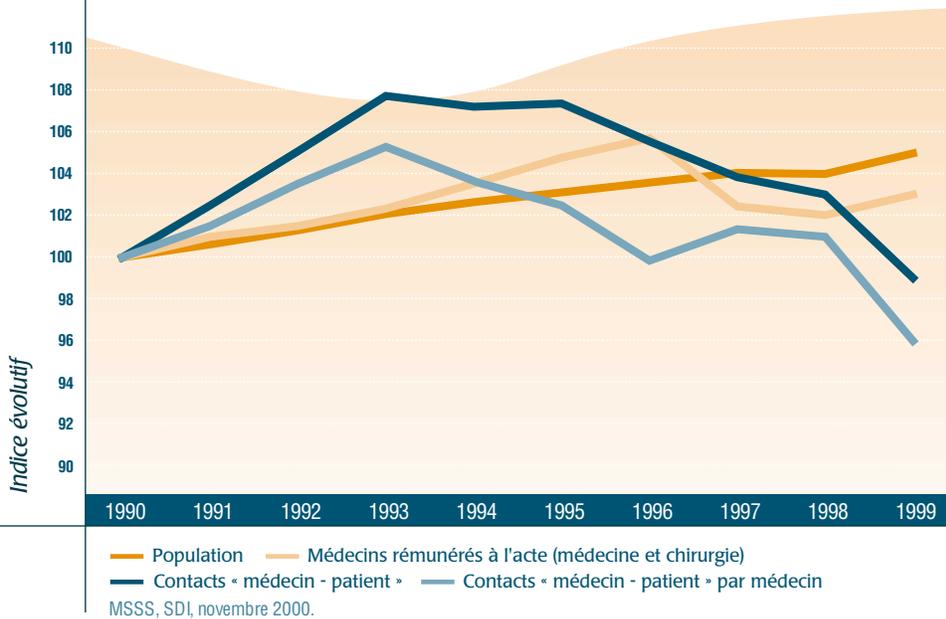
Le coût des services par usager était de 243,84 \$, en 1990 ; en 1999, il était de 299,21 \$, ce qui correspond à une hausse annuelle moyenne de 2,1 %. Quant au coût moyen par service, il est passé de 21,30 \$ à 27,38 \$ au cours de la même période, pour une augmentation de 28,5 %.

En 1990, on comptait 46,4 millions de contacts « médecin-patient » pour l'ensemble de la population. Trois ans plus tard, on avait dépassé le seuil de 50 millions de contacts. Depuis ce temps, on a cependant, noté un recul — jusqu'à 46 millions, en 1999 —, en bonne partie à cause de l'élimination d'un nombre important de consultations.

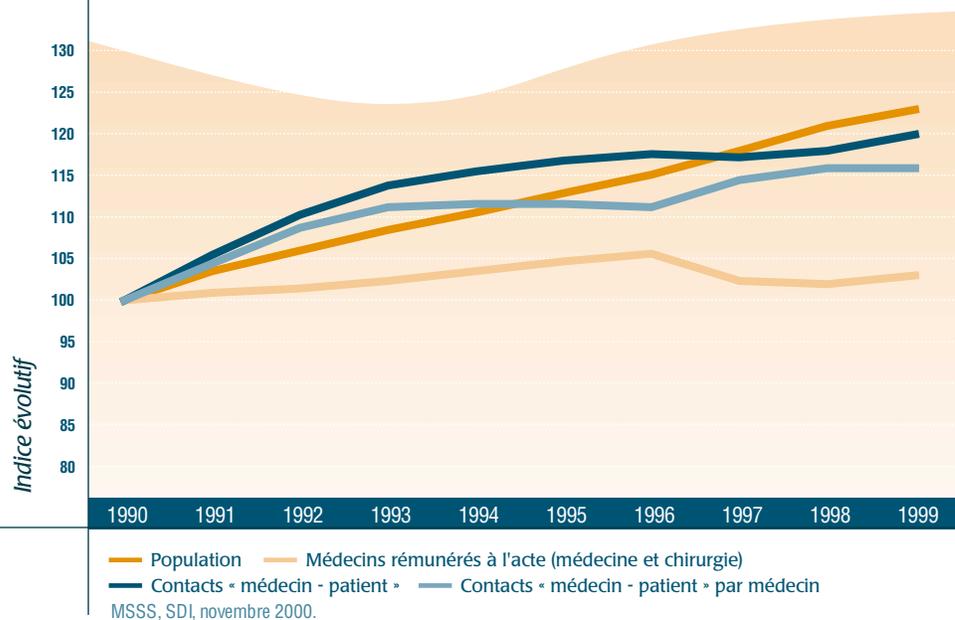
En fait, avant 1997, la courbe de croissance du nombre de contacts « médecin-patient » était supérieure à celle de la population, tout comme l'était celle du nombre de médecins rémunérés à l'acte, autant en médecine et qu'en chirurgie. Depuis, la situation est inversée. Quant à la tendance suivie par le rapport « nombre de contacts par médecin », elle est à la baisse depuis 1993 ; à partir de 1995, la courbe se situe bien en deçà de la courbe de croissance de la population.

Figure
39

Évolution comparée du
nombre de contacts « médecin-patient »,
pour **l'ensemble de la population québécoise,**
1990 à 1999

Figure
40

Évolution comparée du
nombre de contacts « médecin-patient »,
pour la **population âgée de 65 ans ou plus, au Québec,**
1990 à 1999



Si l'on observe les mêmes données, mais dans le cadre plus restreint des usagers âgés de 65 ans ou plus, on note une croissance du nombre de contacts « médecin-patient », jusqu'en 1997 — ce nombre est alors plus élevé de 18 % par rapport à 1990 —, suivie d'une stagnation en 1998, puis d'une légère remontée en 1999, moment où le nombre de contacts se situe à un peu moins de 12,3 millions. En 1990, 22 % de l'ensemble des contacts « médecin-patient » concernaient des personnes âgées de 65 ans ou plus ; en 1999, la proportion approche les 27 %.

Si le nombre de contacts « médecin-patient » par médecin est resté à peu près le même, autour de 3 600, lorsque l'on considère l'ensemble de la population, il en est autrement quand on se limite à la population âgée de 65 ans ou plus. Pour cette tranche de la population, le nombre de contacts « médecin-patient » par médecin est passé de 803 en 1990 à 932, en 1999, traduisant une hausse de 16 %.

Tableau
18

Nombre, coût et coût moyen des **services médicaux** couverts par l'assurance maladie du Québec, tous modes de rémunération des médecins confondus, 1990 à 1999

Indicateur	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Nombre de services										
	80 625 182	82 381 538	84 840 843	86 681 156	82 654 116	83 018 559	81 964 765	81 108 695	81 276 106	81 135 289
Indice évolutif	100	102	105	108	103	103	102	101	101	101
Variation annuelle (%)		2,2	3,0	2,2	-4,6	0,4	-1,3	-1,0	0,2	-0,2
Nombre par participant	10,5	10,5	10,8	10,8	10,2	10,1	10,1	9,9	9,8	9,6
Coût des services										
(\$)	1 717 621 824	1 841 232 561	1 934 091 547	2 027 674 369	2 072 858 872	2 110 894 451	2 102 639 544	2 096 794 798	2 100 843 313	2 221 871 492
Indice évolutif	100	107	113	118	121	123	122	122	122	129
Variation annuelle (%)		7,2	5,0	4,8	2,2	1,8	-0,4	-0,3	0,2	5,8
Coût par participant	243,84	257,04	268,76	278,26	284,86	287,27	287,30	287,55	287,59	299,21
Coût moyen des services										
(\$)	21,30	22,35	22,80	23,39	25,08	25,43	25,65	25,85	25,85	27,38
Indice évolutif	100	105	107	110	118	119	120	121	121	129
Variation annuelle (%)		4,9	2,0	2,6	7,2	1,4	0,9	0,8	0,0	5,9

MSSS, SDI, novembre 2000.

Les services dentaires

Les services dentaires assurés regroupent quatre programmes mis en œuvre au cours des années 1970, en vertu des dispositions de la Loi sur l'assurance maladie du Québec.

Le programme de chirurgie buccale est le plus ancien ; il a été implanté le 1^{er} novembre 1970. Il s'adresse à tous les résidents du Québec. Pour être assurés, les services — qui regroupent les examens, les consultations, les radiographies, les anesthésies, l'ouverture d'urgence de la chambre pulpaire et les chirurgies (sauf l'ablation de dents ou de racines) —, doivent nécessairement être donnés par un chirurgien dentiste ou un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Le programme de services dentaires assurés pour les enfants a été créé en 1974. Il comportait alors une gamme de services préventifs et curatifs destinés à tous les enfants âgés de moins de 8 ans. Par la suite, l'âge d'admissibilité au programme s'est étendu progressivement jusqu'aux enfants âgés de 15 ans ou moins, en 1980. Cependant, à partir de 1982, certains services ont cessé d'être assurés par la RAMQ. Puis, en 1992, le gouvernement du Québec a annoncé que le programme ne s'adresserait désormais qu'aux enfants âgés de moins de 10 ans. Enfin, en janvier 1997, une nouvelle mesure a fixé la fréquence des examens dentaires à un examen par an plutôt que deux. En 1999, les services qui demeuraient assurés étaient les suivants : examens, consultations, radiographies, anesthésies, obturations, couronnes préfabriquées, tenons, endodonties et chirurgies.

Les deux autres programmes, introduits respectivement en 1976 et en 1979, sont destinés aux prestataires de l'assistance-emploi (PAE). Il s'agit du programme de services dentaires et du programme de prothèses dentaires acryliques. En novembre 1996, certaines mesures gouvernementales sont venues modifier à la baisse la couverture des services assurés pour les prestataires de l'assistance-emploi âgés de 10 ans ou plus (tous les enfants âgés de moins de 10 ans sont déjà couverts).

En 1990, 4,6 millions de services dentaires assurés ont été donnés par des professionnels rémunérés par la RAMQ ; en 1999, on en compte 2,6 millions, soit 43 % de moins. Les trois baisses importantes observées — l'une de 15 % en 1992, une autre de 12 % en 1993 et celle de 30 % en 1997 —, sont le résultat des mesures visant à limiter la couverture du programme.

Au début de la période observée, le coût moyen par service se situait à 24,10 \$; à la fin de la période, il atteint 31,75 \$, connaissant une hausse de 32 %.

Si l'on considère les données selon la catégorie de personnes admissibles, on observe une augmentation de 44 % du coût moyen par service aux enfants, celui-ci passant de 22,03 \$ en 1990 à 31,63 \$ en 1999, alors que le coût moyen par enfant participant a fluctué de 81,53 \$ en 1990 à 102,18 \$ en 1993, pour redescendre à 88,16 \$ en 1999.

En ce qui concerne la chirurgie buccale, pour l'ensemble des personnes admissibles, le coût moyen par service est passé de 66,01 \$ en 1990 à 83,01 \$ en 1999, soit une hausse de 26 %. Durant la même période, le coût moyen par personne participante a augmenté de 17 %, pour se situer à 132,90 \$ en 1999.

Enfin, le coût moyen par service dentaire offert aux prestataires de l'assistance-emploi a subi quelques fluctuations depuis 1990. Chiffré à 31,48 \$ au début de la période, il a crû jusqu'à 32,98 \$ en 1992, pour redescendre à 31,29 \$ en 1995 et s'établir finalement à 29,84 \$ en 1999. Le coût moyen par PAE participant, quant à lui, a augmenté de 12 % entre 1990 et 1993, passant de 209,13 \$ à 235,16 \$. Par la suite, il est tombé à 186,04 \$ en 1999.

Tableau
19

Nombre, coût et coût moyen des **services dentaires** couverts par l'assurance maladie du Québec, tous programmes confondus, 1990 à 1999

Indicateur	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Nombre de services										
	4 579 728	4 775 133	4 072 992	3 585 622	3 740 723	3 862 672	3 879 945	2 727 042	2 730 478	2 613 198
Indice évolutif	100	104	89	78	82	84	85	60	60	57
Variation annuelle (%)		4,3	-14,7	-12,0	4,3	3,3	0,4	-29,7	0,1	-4,3
Coût des services										
(\$)	110 393 087	115 267 206	114 109 777	117 184 579	120 056 790	123 876 529	125 314 698	84 769 069	86 174 832	82 962 394
Indice évolutif	100	104	103	106	109	112	114	77	78	75
Variation annuelle (%)		4,4	-1,0	2,7	2,5	3,2	1,2	-32,4	1,7	-3,7
Coût moyen des services										
(\$)	24,10	24,14	28,02	32,68	32,09	32,07	32,30	31,08	31,56	31,75
Indice évolutif	100	100	116	136	133	133	134	129	131	132
Variation annuelle (%)		0,1	16,1	16,7	-1,8	-0,1	0,7	-3,8	1,5	0,6

MSSS, SDI, novembre 2000.

Les services optométriques

Le programme de services optométriques est également entré en vigueur le 1^{er} novembre 1970. Avant le 15 mai 1992, toutes les personnes qui résidaient au Québec y étaient admissibles. Maintenant, seules les personnes qui sont âgées de moins de 18 ans ou encore de 65 ans ou plus y ont accès. Deux réductions de couverture importantes ont eu lieu, l'une en mai 1992, où les personnes âgées de 18 à 40 ans furent exclues du programme, et l'autre en mai 1993, où ce fut au tour des personnes âgées de 41 à 64 ans.

En 1990, on a comptabilisé 3,6 millions de services optométriques assurés par le programme ; en 1999, on en comptait 1,7 million, soit 54 % de moins. On observe des baisses de 13 % en 1992, de 54 % en 1993, et de 22 % en 1994, toutes dues à une réduction de la couverture du programme.

De 1990 à 1999, le coût moyen par service est passé de 14,74 \$ à 16,11 \$, soit une hausse de 11 %. Par contre, le coût moyen par participant, après une croissance de 5 % au cours des deux premières années, a régressé sur l'ensemble de la période observée, passant de 34,23 \$ en 1990 à 31,64 \$ en 1999.

Nombre, coût et coût moyen des **services optométriques** couverts par l'assurance maladie du Québec, tous programmes confondus, 1990 à 1999

Indicateur	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Nombre de services										
	3 628 702	3 770 477	3 267 343	2 005 636	1 571 674	1 596 715	1 637 732	1 585 543	1 610 955	1 666 250
Indice évolutif	100	104	90	55	43	44	45	44	44	46
Variation annuelle (%)		3,9	-13,3	-38,6	-21,6	1,6	2,6	-3,2	1,6	3,4
Coût des services										
(\$)	53 499 766	57 396 121	48 790 933	30 943 669	24 640 785	25 047 402	25 784 417	25 563 812	26 077 011	26 851 140
Indice évolutif	100	107	91	58	46	47	48	48	49	50
Variation annuelle (%)		7,3	-15,0	-36,6	-20,4	1,7	2,9	-0,9	2,0	3,0
Coût moyen des services										
(\$)	14,74	15,22	14,93	15,43	15,68	15,69	15,74	16,12	16,19	16,11
Indice évolutif	100	103	101	105	106	106	107	109	110	109
Variation annuelle (%)		3,2	-1,9	3,3	1,6	0,1	0,4	2,4	0,4	-0,4
Coût moyen par participant										
(\$)	34,23	35,78	35,77	34,14	33,43	33,51	33,63	32,43	31,62	31,64
Indice évolutif	100	105	104	100	98	98	98	95	92	92
Variation annuelle (%)		4,5	0,0	-4,6	-2,1	0,2	0,4	-3,6	-2,5	0,1

MSSS, SDI, novembre 2000.

Les services pharmaceutiques

Le 1^{er} août 1972, la RAMQ s'est vu confier l'administration du programme des médicaments et services pharmaceutiques. Depuis la création du programme en 1970, cette responsabilité incombait aux bureaux d'aide sociale. Jusqu'en 1997, ce programme s'adressait aux prestataires de l'assistance-emploi et aux personnes âgées de 65 ans ou plus.

Le 1^{er} janvier 1997 marque l'entrée en vigueur du régime général d'assurance médicaments, institué par la Loi sur l'assurance médicaments sanctionnée le 20 juin 1996. Certaines dispositions de la Loi ont cependant été mises en application le 1^{er} août 1996.

Ce régime a pour objet d'assurer aux résidents du Québec un accès aux médicaments que nécessite leur état de santé. Le régime prévoit une protection de base à l'égard du coût des services pharmaceutiques et des médicaments, et il exige, des personnes ou des familles qui en bénéficient, une participation financière qui tient compte notamment de leur situation économique. La contribution à payer, à titre de franchise et de coassurance, est soumise à un maximum qui varie selon la clientèle assurée.

Concrètement, la RAMQ assure les personnes qui ne peuvent souscrire à une assurance collective, c'est-à-dire les adhérents, les prestataires de l'assistance-emploi et certains autres détenteurs d'un carnet de réclamation ainsi que les personnes âgées de 65 ans ou plus. Les enfants âgés de 0 à 17 ans, de même que les personnes de 18 à 25 ans sans conjoint et aux études à temps plein, sont également assurés.

Le régime couvre les médicaments prescrits et achetés au Québec, qui sont inscrits sur la « Liste de médicaments » officielle publiée par la RAMQ, ainsi que les services pharmaceutiques s'y rattachant. Les médicaments doivent être prescrits par un médecin, un résident en médecine, un dentiste, ou même une sage-femme, depuis septembre 1999.

En 1990, on comptait 28,7 millions d'ordonnances de médicaments couverts par le programme ; en 1999, le nombre de telles ordonnances atteignait 54,8 millions, connaissant une croissance exponentielle de 91 %.

Le coût moyen d'une ordonnance était de 17,46 \$ en 1990 et de 27,33 \$ en 1999, en hausse de 57 %.

Si l'on considère séparément chacune des trois clientèles, on remarque qu'au cours de la période d'observation, le nombre d'ordonnances pour les prestataires de l'assistance-emploi a augmenté de 50 %. Pendant ce temps, le coût moyen de ces ordonnances passait de 17,59 \$ à 29,09 \$, soit une hausse de 65 %. Parmi les personnes admissibles en 1990, 75 % ont participé au programme. Ce taux de participation s'est accru jusqu'en 1995, pour dépasser les 80 %. Depuis, il est en net recul, se situant à un peu plus des deux tiers en 1999. Mais, cette tendance à la baisse prend sa source, pour une bonne part, dans le fait que, depuis 1997, on compte le nombre de participants en « équivalents temps complet » (ETC). Le coût moyen net (excluant la franchise et la coassurance) par participant est passé de 292,02 \$ en 1990 à 633,39 \$ en 1999, soit une augmentation de 136 %. Par contre, il faut noter que la majeure partie de la hausse s'est produite dans les trois dernières années de la période étudiée, avec 13,5 % en 1997, 26 % en 1998 et 27 % en 1999.

Pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, le nombre d'ordonnances est passé de 21,7 millions en 1990 à 31,6 millions en 1999, soit 46 % d'augmentation. Le coût moyen par ordonnance, quant à lui, s'est accru de 47 % au cours de la même période, passant de 17,85 \$ à

26,26 \$. Pour ce qui est de la participation au programme, la tendance fut à la hausse jusqu'en 1996, le taux s'élevant de 86,7 % en 1990 à 89,4 %. Par contre, au cours des trois dernières années, on observe des taux de participation à peine plus élevés que 80 %. Des transferts de clientèles entre les groupes et des changements méthodologiques, tels que l'utilisation des ETC pour dénombrer les participants, expliquent largement les cassures dans les tendances observées. Enfin, le coût moyen net par participant est passé de 592,93 \$ en 1990 à 832,19 \$ en 1999, soit une hausse de 40 %.

Quant aux adhérents au nouveau régime d'assurance médicaments, ils ont bénéficié de 9,5 millions d'ordonnances en 1997, et 12,7 millions en 1999, la croissance étant de 33 %. Le coût moyen par ordonnance est passé de 25,12 \$ à 28,57 \$, connaissant 14 % d'augmentation. On note une légère hausse du taux de participation au programme, qui passe de 59,3 % en 1997 à 60,2 % en 1999. Par contre, le coût moyen net par participant est, quant à lui, passé de 199,51 \$ à 274,07 \$, ce qui correspond à une hausse de 37 % en trois ans. Celle-ci, tout comme celle qui est observée pour les PAE, est essentiellement due aux modifications apportées aux plafonds de contribution financière prévus dans chaque programme.

Tableau
21

Nombre, coût et coût moyen des **services pharmaceutiques** couverts par l'assurance médicaments du Québec, tous programmes confondus, 1990 à 1999

Indicateur	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Nombre d'ordonnances										
	28 664 833	31 174 942	31 288 044	31 254 906	33 032 486	35 163 799	36 482 816	45 318 802	49 730 814	54 816 791
Indice évolutif	100	109	109	109	115	123	127	158	173	191
Variation annuelle (%)		8,8	0,4	-0,1	5,7	6,5	3,8	24,2	9,7	10,2
Coût brut des ordonnances										
(\$)	500 419 190	579 583 509	639 534 242	689 530 169	768 200 026	841 024 660	864 941 339	1 119 414 244	1 291 827 580	1 498 363 380
Indice évolutif	100	116	128	138	154	168	173	224	258	299
Variation annuelle (%)		15,8	10,3	7,8	11,4	9,5	2,8	29,4	15,4	16,0
Coût moyen des ordonnances¹										
(\$)	17,46	18,59	20,44	22,06	23,26	23,92	23,71	24,70	25,98	27,33
Indice évolutif	100	106	117	126	133	137	136	141	149	157
Variation annuelle (%)		6,5	9,9	7,9	5,4	2,8	-0,9	4,2	5,2	5,2
Coût net des ordonnances²										
(\$)	509 824 809	597 179 516	648 861 586	690 102 334	732 513 213	803 365 525	769 148 347	832 497 348	989 471 823	1 170 743 227
Indice évolutif	100	117	127	135	144	158	151	163	194	230
Variation annuelle (%)		17,1	8,7	6,4	6,1	9,7	-4,3	8,2	18,9	18,3

1. Coût brut divisé par le nombre d'ordonnances.

2. Coût brut moins la franchise, la coassurance et la contribution de deux dollars.

MSSS, SDI, novembre 2000.

Volume et coût des médicaments et des services pharmaceutiques

couverts par l'assurance médicaments du Québec,
selon le groupe de personnes assurées,
1990 à 1999

Indicateur	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Groupe de personnes assurées										
Prestataires de l'assistance-emploi										
Nombre d'ordonnances	6 954 192	7 590 717	8 356 739	8 714 738	9 256 904	9 800 409	9 698 222	9 205 239	9 725 595	10 458 139
Indice évolutif	100	109	120	125	133	141	139	132	140	150
Coût brut des ordonnances (\$)	122 355 138	143 801 392	172 655 242	188 242 484	198 758 437	217 551 982	217 036 015	231 287 646	264 572 406	304 264 636
Indice évolutif	100	118	141	154	162	178	177	189	216	249
Coût brut moyen par ordonnance (\$)	17,59	18,94	20,66	21,60	21,47	22,20	22,38	25,13	27,20	29,09
Franchise et coassurance							10 932 094	34 321 168	31 537 525	27 575 706
Coût net des ordonnances (\$)	122 355 138	143 801 392	172 655 242	188 242 484	198 758 437	217 551 982	206 103 921	196 966 478	233 034 881	276 688 930
Nombre de participants	418 994	463 233	505 454	551 195	582 652	606 735	591 917	498 328	467 292	436 637
Indice évolutif	100	111	121	132	139	145	141	119	112	104
Coût net moyen par participant (\$)	292,02	310,43	341,58	341,52	341,13	358,56	348,20	395,25	498,69	633,39
Indice évolutif	100	106	117	117	117	123	119	135	171	217
Personnes âgées de 65 ans ou plus										
Nombre d'ordonnances	21 710 641	23 584 225	22 931 305	22 540 168	23 775 582	25 363 390	26 784 594	26 565 539	28 739 100	31 646 098
Indice évolutif	100	109	106	104	110	117	123	122	132	146
Coût brut des ordonnances (\$)	387 469 671	453 378 124	476 206 344	501 859 850	569 247 003	623 308 515	647 758 630	648 247 693	724 239 232	830 890 866
Indice évolutif	100	117	123	130	147	161	167	167	187	214
Coût brut moyen par ordonnance (\$)	17,85	19,22	20,77	22,27	23,94	24,58	24,18	24,40	25,20	26,26
Franchise, contribution de 2 \$ et coassurance					35 492 227	37 494 972	84 714 204	177 264 836	185 609 166	202 456 763
Coût net des ordonnances (\$)	387 469 671	453 378 124	476 206 344	501 859 850	533 754 776	585 813 543	563 044 426	470 982 857	538 630 066	628 434 103
Nombre de participants	653 481	673 953	685 564	710 250	734 684	757 526	777 940	728 960	739 221	755 159
Indice évolutif	100	103	105	109	112	116	119	112	113	116
Coût net moyen par participant (\$)	592,93	672,71	694,62	706,60	726,51	773,32	723,76	646,10	728,65	832,19
Indice évolutif	100	113	117	119	123	130	122	109	123	140
Adhérents au régime d'assurance médicaments										
Nombre d'ordonnances							9 548 024	11 266 119	12 712 554	
Coût brut des ordonnances (\$)							239 878 905	303 015 942	363 207 878	
Coût brut moyen par ordonnance (\$)								25,12	26,90	28,57
Franchise et coassurance (\$)							75 330 892	85 209 066	97 587 684	
Coût net des ordonnances (\$)							164 548 013	217 806 876	265 620 194	
Nombre d'adhérents							1 391 941	1 510 485	1 609 848	
Nombre de participants							824 743	907 325	969 182	
Coût net moyen par participant (\$)								199,51	240,05	274,07

Les aides techniques

Les aides techniques sont regroupées en six programmes s'adressant aux personnes ayant des déficiences physiques. Il s'agit :

- du programme de prothèses, d'appareils orthopédiques, d'aides à la locomotion et à la posture ou autres équipements ;
- du programme de prothèses mammaires externes ;
- du programme d'aides auditives ;
- du programme d'appareils fournis aux personnes stomisées permanentes ;
- du programme d'aides visuelles ;
- du programme de prothèses oculaires.

Le programme de prothèses, d'appareils orthopédiques, d'aides à la locomotion et à la posture ou autres équipements est entré en vigueur le 1^{er} juillet 1975. Il s'adresse à tous les résidents du Québec qui ont une déficience motrice. Certaines modifications ont été apportées au programme, notamment l'introduction de la notion de négligence ainsi que le retrait du service d'ajustement préventif et du montant alloué à cette fin. De plus, depuis le 12 novembre 1998, la RAMQ s'est vu confier l'attribution de certains appareils et le paiement de certains services, auparavant sous la responsabilité de l'OPHQ.

En 1999, 53 656 personnes se sont prévaluées de ce programme, soit 21 % de plus qu'en 1990. Le coût par bénéficiaire est, quant à lui, passé de 773,04 \$ à 930,85 \$ entre 1990 et 1994, subissant une hausse de 20 %, pour ensuite diminuer jusqu'à 849,52 \$ en 1999.

Le programme de prothèses mammaires externes est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1978. Il s'adresse aux femmes qui ont subi une mastectomie totale ou radicale. Depuis le 1^{er} novembre 1991, les femmes qui ont au moins 14 ans et qui ont une absence totale de formation du sein (aplasie) y sont également admissibles. Depuis le 1^{er} mars 1993, les prestataires de l'assistance-emploi admissibles à un programme d'aide de dernier recours ont droit, en plus, au remboursement des coûts excédant le montant forfaitaire prévu. À partir du 9 octobre 1996, la fréquence du versement de l'allocation de 200 \$ par sein pour couvrir l'achat de prothèses mammaires externes est passé de un à deux ans.

Toutes ces modifications, apportées tant à la couverture qu'aux modalités du programme, se traduisent dans l'évolution du nombre de bénéficiaires et du coût par bénéficiaire. Ainsi, le nombre de bénéficiaires est passé de 2 280 en 1990 à 4 192 en 1999, mais avec un saut de 4 577 en 1993, un recul de 4 734 en 1997 et un autre saut de 5 835 en 1998, suivi d'un nouveau recul de 4 653 en 1999. Le coût par bénéficiaire est, quant à lui, passé de 53,18 \$ en 1990 à 211,05 \$, en 1999, après avoir atteint la somme record de 364,02 \$ en 1993.

Le programme d'aides auditives s'adresse à toute personne ayant un certain degré de déficience auditive. Il est entré en vigueur le 22 août 1979. Ce programme a subi d'importantes modifications le 29 juillet 1993, lorsqu'il a été transféré de l'OPHQ à la RAMQ. De plus, le 22 mai 1997, les critères d'admissibilité ont été resserrés. Depuis ce moment, les réparations aux appareils ne sont plus assurées pour les adultes.

On comptait 8 790 bénéficiaires du programme en 1990. Ce nombre a crû jusqu'en 1996, triplant même entre 1992 et 1993. En raison des modifications, il a subi une baisse de 38 % en 1997, suivie d'une autre baisse de 60 % en 1998, pour s'établir à 18 858 bénéficiaires ; en 1999, on comptait 23 143 bénéficiaires.

Le coût moyen par bénéficiaire était de 386,85 \$ en 1990. Il a atteint 475,17 \$ en 1992, pour régresser jusqu'à 254,31 \$ en 1997. Par contre, il a doublé en 1998, pour s'établir à 502,24 \$. En 1999, il atteignait 532,96 \$.

Le programme d'appareils fournis aux personnes stomisées permanentes a été implanté le 1^{er} avril 1981. Toute personne qui réside au Québec et qui a subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanente y est admissible.

Le nombre de bénéficiaires de ce programme a crû de 34 % entre 1990 et 1999, pour se situer à plus de 9 000. Le coût moyen par bénéficiaire, quant à lui, a doublé, passant de 324,08 \$ à 637,24 \$.

Le programme d'aides visuelles a pris effet le 30 novembre 1977. Depuis le 12 décembre 1996, il comprend également le programme d'aides visuelles de l'OPHQ et celui du MEQ. Le programme s'adresse à toute personne qui réside au Québec et qui est atteinte d'une déficience visuelle l'empêchant de lire, d'écrire ou de circuler dans un environnement non familier.

Le nombre de bénéficiaires de ce programme a beaucoup augmenté au cours de la période observée, passant de 2 674 en 1990 à 6 631 en 1999. Par contre, le coût moyen par bénéficiaire, après avoir atteint la somme record de 916,58 \$ en 1993, a régressé par la suite. Il se situait à 462,99 \$ en 1999.

Le programme de prothèses oculaires est entré en vigueur le 1^{er} avril 1981. Il s'adressait alors aux personnes qui avaient subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent. Depuis le 1^{er} novembre 1991, y sont également admissibles les personnes dont la vision n'est pas fonctionnelle, celles qui ont une atrophie oculaire, celles qui sont atteintes d'une anophtalmie ou d'une micro-ophtalmie congénitales et enfin, celles qui sont munies de globes pour prothèses maxillo-faciales avec globes pour prothèses oculaires.

Au cours de la période étudiée, le nombre de bénéficiaires de ce programme est demeuré relativement stable. En effet, de 1 893 bénéficiaires en 1990, on est passé à 1 963 en 1999, soit une très légère hausse d'un peu moins de 4 %. Par contre, le coût moyen par bénéficiaire a plus que doublé, en 1993 à la suite de l'ajout de nouveaux bénéficiaires devant recevoir des services très coûteux, pour s'établir à 208,72 \$, comparativement à 62,17 \$ en 1990. En 1999, il était de 181,56 \$.

Globalement, en 1999, les six programmes liés aux aides techniques regroupent plus de 280 000 bénéficiaires, pour un coût moyen par bénéficiaire de 241,61 \$. En 1990, on comptait un peu moins de 249 000 bénéficiaires, pour un coût moyen par bénéficiaire de 167,27 \$.

Tableau
23

Nombre, coût et coût moyen des **services d'aide technique** couverts par l'assurance maladie du Québec, tous programmes confondus, 1990 à 1999

Indicateur	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Nombre de services										
	248 882	270 793	304 903	442 637	568 879	581 515	433 769	297 654	253 647	281 384
Indice évolutif	100	109	123	178	229	234	174	120	102	113
Variation annuelle (%)		8,8	12,6	45,2	28,5	2,2	-25,4	-31,4	-14,8	10,9
Coût des services										
(\$)	41 629 258	44 509 621	54 797 434	72 942 970	78 627 897	76 429 499	76 667 829	63 472 324	66 315 803	67 986 156
Indice évolutif	100	107	132	175	189	184	184	152	159	163
Variation annuelle (%)		6,9	23,1	33,1	7,8	-2,8	0,3	-17,2	4,5	2,5
Coût moyen des services										
(\$)	167,27	164,37	179,72	164,79	138,22	131,43	176,75	213,24	261,45	241,61
Indice évolutif	100	98	107	99	83	79	106	127	156	144
Variation annuelle (%)		-1,7	9,3	-8,3	-16,1	-4,9	34,5	20,6	22,6	-7,6

MSSS, SDI, novembre 2000.

Coût moyen par bénéficiaire des services d'aide techniquecouverts par l'assurance maladie du Québec,
selon le programme,
1990 à 1999

Indicateur	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Programme										
Prothèses, appareils orthopédiques, aides à la locomotion et à la posture ou autres équipements										
Nombre de bénéficiaires	44 198	47 436	51 179	52 651	46 625	47 726	49 618	50 858	53 476	53 656
Coût du programme (\$)	34 167 027	35 856 810	41 562 714	46 048 282	43 400 771	43 205 764	45 848 157	43 126 531	46 008 793	45 581 821
Coût moyen par bénéficiaire (\$)	773,04	755,90	812,10	874,59	930,85	905,29	924,02	847,98	860,36	849,52
Prothèses mammaires externes										
Nombre de bénéficiaires	2 280	2 069	2 834	7 411	8 579	9 647	7 744	3 010	8 845	4 192
Coût du programme (\$)	121 242	123 455	637 185	2 697 765	2 297 298	2 585 209	1 862 845	688 974	1 895 186	884 723
Coût moyen par bénéficiaire (\$)	53,18	59,67	224,84	364,02	267,78	267,98	240,55	228,90	214,27	211,05
Aides auditives										
Nombre de bénéficiaires	8 790	9 680	10 184	34 128	58 164	66 279	71 982	44 705	18 058	23 143
Coût du programme (\$)	3 400 442	4 036 679	4 839 157	14 579 663	22 673 083	19 650 032	19 317 056	11 368 790	9 069 510	12 334 377
Coût moyen par bénéficiaire (\$)	386,85	417,01	475,17	427,21	389,81	296,47	268,36	254,31	502,24	532,96
Appareils fournis aux personnes stomisées permanentes										
Nombre de bénéficiaires	6 727	6 798	7 376	8 138	8 202	8 436	7 922	8 639	8 927	9 037
Coût du programme (\$)	2 180 055	2 418 663	4 756 517	5 454 368	5 239 182	5 756 583	5 036 972	5 505 199	6 058 442	5 758 724
Coût moyen par bénéficiaire (\$)	324,08	355,79	644,86	670,23	638,77	682,38	635,82	637,25	678,66	637,24
Aides visuelles										
Nombre de bénéficiaires	2 674	3 053	3 293	4 136	5 098	5 721	6 062	5 833	6 241	6 631
Coût du programme (\$)	1 642 807	1 922 024	2 611 338	3 790 987	4 621 043	4 845 601	4 230 894	2 446 826	2 943 362	3 070 104
Coût moyen par bénéficiaire (\$)	614,36	629,55	793,00	916,58	906,44	846,98	697,94	419,48	471,62	462,99
Prothèses oculaires										
Nombre de bénéficiaires	1 893	1 790	1 871	1 919	1 957	1 999	2 019	1 980	1 931	1 963
Coût du programme (\$)	117 685	151 990	390 523	371 905	396 520	386 300	371 905	336 004	340 510	356 406
Coût moyen par bénéficiaire (\$)	62,17	84,91	208,72	193,80	202,82	193,25	184,20	169,70	176,34	181,56

LES SERVICES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE

Dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse, ce sont les centres jeunesse — amalgame des CPEJ, des CR JDA et des CR MDA —, disséminés dans chacune des régions sociosanitaires du territoire québécois, qui reçoivent les demandes de services, c'est-à-dire les signalements à traiter.

Le processus d'application de la Loi comporte des étapes successives, où des décisions sont prises, qui agissent comme des filtres. Après avoir traité le signalement, il faut d'abord décider s'il faut le retenir pour une évaluation. Si oui, il faut évaluer si la sécurité ou le développement du jeune est compromis. Si c'est effectivement le cas, il faut enfin décider d'appliquer les mesures de protection appropriées.

En 1999-2000, environ la moitié des signalements reçus par les centres jeunesse, dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse, ont été retenus. Parmi ceux-ci, près de 91 % ont fait l'objet d'une évaluation. On a conclu que la sécurité ou le développement de l'enfant était compromis dans plus de 46 % des cas c'est-à-dire un cas pour cinq signalements traités, en moyenne.

Cette même année, la période d'attente avant l'évaluation était de 17,5 jours ; elle passait à 32,8 jours si l'on considère uniquement les périodes supérieures à quatre jours. À la suite des évaluations, quelque 8 800 nouvelles prises en charge ont été effectuées, soit, en moyenne, une pour 5,8 signalements traités. Parmi celles-ci, plus de 48 % se sont conclues par des orientations judiciairisées. La durée moyenne d'une prise en charge est de 24,6 mois.

Au total, on estime à environ 16 000 le nombre de jeunes âgés de 0 à 17 ans pris en charge, dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse, à un moment ou l'autre de l'année ; ce nombre correspond à 1 % de l'ensemble des jeunes Québécois âgés de 0 à 17 ans. Compte tenu du roulement de la clientèle, on peut estimer à 24 000 le nombre total de jeunes pris en charge au cours d'une année donnée.

DES CHIFFRES

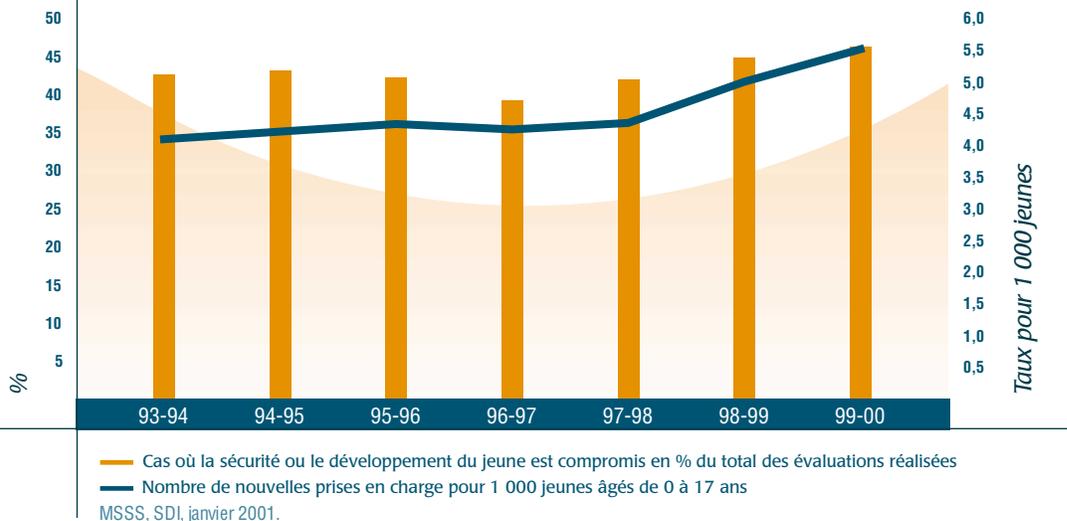
Annuellement, les centres jeunesse reçoivent environ 50 000 signalements, soit un taux de 30 cas pour 1 000 jeunes âgés de 0 à 17 ans. Depuis 1993-1994, ce taux n'a pratiquement pas bougé.

En 1999-2000, les centres jeunesse ont retenu un peu moins de 25 500 signalements, soit 50 % des signalements traités. En 1993-1994, on en avait retenu 46,5 %, soit un peu moins de 24 000 ; de ce nombre, 20 800 ont donné lieu à des évaluations, soit 87,5 % des signalements retenus. En 1999-2000, 23 000 évaluations ont été réalisées, ce nombre correspondant à près de 91 % des signalements retenus.

Au début de la période observée, 42,6 % des évaluations concluaient que la sécurité ou le développement du jeune était compromis ; à la fin de cette période, la proportion atteint plus de 46 %. Ainsi, en 1993-1994, pour chaque tranche de six signalements traités, il y avait un cas où la sécurité ou le développement du jeune était compromis (SDC) ; en 1999-2000, le rapport était de un pour cinq.

Figure
41

Parmi le total des évaluations réalisées, proportion de celles où **la sécurité ou le développement du jeune est compromis** et nombre de nouvelles prises en charge pour 1 000 jeunes âgés de 0 à 17 ans, au Québec, 1993-1994 à 1999-2000



En moyenne, la période d'attente avant l'évaluation varie entre 18 et 21 jours selon les années. En 1999-2000, elle se situait à 17,5 jours. En 1993-1994, la période d'attente avant l'évaluation était supérieure à quatre jours dans 55 % des cas ; en 1999-2000, la proportion est de 53 %. Si l'on considère uniquement les périodes supérieures à quatre jours, la moyenne varie entre 33 et 38 jours selon les années ; en 1999-2000, elle était de 32,8 jours.

En 1993-1994, on comptait près de 7 000 nouvelles prises en charge, soit un taux d'incidence de quatre cas pour 1 000 jeunes âgés de 0 à 17 ans. Sept ans plus tard, on en compte plus de 8 800, pour un taux d'incidence de 5,5 pour 1 000. C'est donc dire que l'on comptait une nouvelle prise en charge à chaque tranche de 7,4 signalements traités en 1993-1994, alors qu'en 1999-2000, la proportion s'établit à une prise en charge pour chaque tranche de 5,8 signalements traités.

Parmi les orientations possibles dans le contexte d'une prise en charge, les orientations judiciairisées — qui se terminent devant le juge — représentaient 32 % de l'ensemble en 1993-1994 ; en 1999-2000, la proportion atteignait plus de 48 %. Il faut noter qu'au cours d'une prise en charge, l'orientation est révisée au moins une fois l'an, de sorte qu'à la fin du processus, le taux de judiciarisation peut facilement être encore plus élevé.

Au total, la durée moyenne d'une prise en charge varie de 23 à 26 mois selon les années. En 1999-2000, elle était de 24,6 mois.

Indicateurs liés aux signalements de
jeunes âgés de 0 à 17 ans ayant besoin de protection,
 au Québec,
 1993-1994 à 1999-2000

Indicateur	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
Signalements traités							
Nombre	51 071	51 045	49 388	47 620	49 500	49 191	51 310
Taux pour 1 000 jeunes âgés de 0 à 17 ans	30,2	30,2	29,3	28,4	29,8	30,0	31,8
Signalements retenus							
Nombre	23 765	24 901	24 553	23 786	24 249	24 948	25 451
% des signalements traités	46,5	48,8	49,7	49,9	49,0	50,7	49,6
Évaluations réalisées							
Nombre	20 798	21 179	21 500	20 155	21 114	22 661	23 047
% SDC	42,6	43,0	42,1	39,2	41,9	44,8	46,1
% SDNC	54,6	53,0	54,3	57,4	55,5	52,6	51,5
Attente avant évaluation							
Délai moyen (en jours)	21,1	18,6	18,1	18,8	20,1	20,1	17,5
Orientations judiciairisées							
% du total des orientations	32,0	35,5	40,7	42,7	46,1	47,7	48,2
Nouvelles prises en charge							
Nombre	6 921	7 123	7 266	7 110	7 219	8 244	8 822
Taux pour 1 000 jeunes âgés de 0 à 17 ans	4,1	4,2	4,3	4,2	4,4	5,0	5,5
% de placements	38,6	35,9	34,1	35,4	36,0	33,9	32,5
Rapport RTS / NPC	7,4	7,2	6,8	6,7	6,9	6,0	5,8
Prises en charge terminées							
Durée moyenne (en mois)	23,6	24,2	25,1	25,8	25,6	24,3	24,6

SDC = Sécurité ou développement compromis

SDNC = Sécurité ou développement non compromis

RTS = Signalements traités

NPC = Nouvelles prises en charge

MSSS, SDI, janvier 2001.

LES SERVICES DE RÉADAPTATION

Dans le cas des services de réadaptation, trois groupes de personnes retiennent l'attention : les personnes alcooliques et autres toxicomanes, les personnes déficientes physiques ainsi que les personnes déficientes intellectuelles.

Pour chaque groupe, deux variables ont été retenues : le flux d'usagers admis et inscrits ainsi que la répartition de ces usagers par groupe d'âge, et l'effectif, tant le personnel clinique que le personnel de soutien, qui leur est affecté.

Alors que le nombre d'usagers admis à l'interne régresse depuis 1996-1997, le nombre d'usagers inscrits aux services externes pour personnes alcooliques et autres toxicomanes est en croissance constante depuis 1990-1991. En 1999-2000, on comptait 5 000 usagers admis en centre de réadaptation et 31 300 inscrits aux services externes. En moyenne, chaque usager admis séjourne 22 jours dans le centre de services.

C'est parmi les gens âgés de 25 à 39 ans que l'on trouve la plus grande concentration d'usagers, et ce, même si leur proportion par rapport au total des usagers est en déclin. Par ailleurs, la plus forte croissance est observée chez ceux qui sont âgés de moins de 18 ans ; leur nombre a été multiplié par cinq entre 1990-1991 et 1998-1999, mais a régressé de 10 % en 1999-2000.

Après une croissance jusqu'au milieu des années 1990, l'effectif affecté à ces usagers est resté relativement stable, autour de 700 employés, jusqu'en 1998-1999. En 1999-2000, on observe une hausse de l'effectif de près de 9 %. En 1990-1991, 64 % de l'effectif était constitué de personnel clinique ; en 1998-1999, la proportion était de 81 %. En 1999-2000, elle est de 77 %.

Bon an mal an, quelque 2 000 usagers sont admis en centre de réadaptation pour personnes déficientes physiques. Par contre, les inscriptions aux services externes ont fortement augmenté. On en compte environ 57 000 en 1999-2000 alors qu'il y en avait un peu plus de 33 000 en 1990-1991. En moyenne, les usagers admis séjournent 48 jours au centre de services.

En 1999-2000, 7 usagers sur 10 sont âgés de plus de 21 ans ; leur proportion a atteint plus de 78 % au milieu des années 1990.

Quelque 2 300 employés consacrent leur temps de travail à cette clientèle en 1999-2000 ; 68 % d'entre eux sont du personnel clinique. Si le nombre d'employés affectés aux services cliniques est en hausse, les employés de soutien, eux, vivent la situation inverse, c'est-à-dire une diminution constante depuis 1992-1993, mais la situation se stabilise à la fin de la période étudiée.

Actuellement, on compte quelque 25 200 usagers des services pour personnes déficientes intellectuelles. Celles-ci, dont le nombre est en croissance depuis 1990-1991, sont de moins en moins souvent admises dans un centre de services et de plus en plus dirigées vers les services externes. Près de 70 % de ces personnes sont âgées de plus de 21 ans, et environ 7 % ont entre 18 et 21 ans.

L'effectif au service de ce groupe, en baisse depuis 1993-1994, a augmenté en 1998-1999 et en 1999-2000. Près de 80 % du personnel est affecté aux services cliniques. Par ailleurs, le personnel de soutien est trois fois moins nombreux en 1999-2000 qu'au début de la période observée.

DES CHIFFRES

Personnes alcooliques et autres toxicomanes

Au total, le nombre d'usagers a augmenté pour ce qui est des services destinés aux personnes alcooliques et autres toxicomanes. Cette croissance est uniquement due aux usagers inscrits puisque le flux d'usagers admis a régressé de 13 % depuis 1990-1991. Ainsi, entre 1990-1991 et 1999-2000, on est passé de 16 160 usagers inscrits à 31 280, soit une hausse de 94 %. Pendant ce temps, le nombre d'usagers admis passait de 5 700 à environ 4 900.

Figure 42

Somme des usagers admis et inscrits dans les centres de réadaptation pour **personnes alcooliques et autres toxicomanes** du Québec, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000

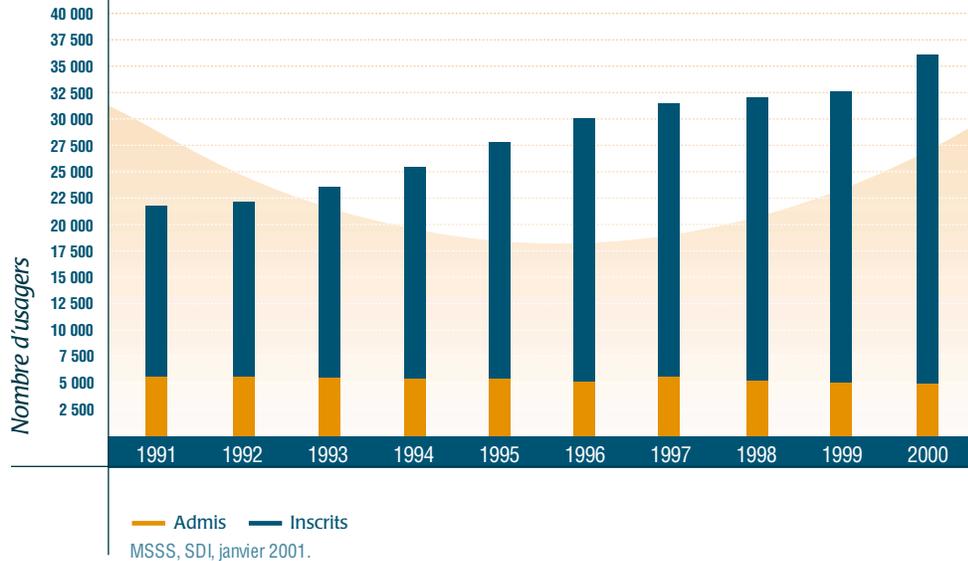
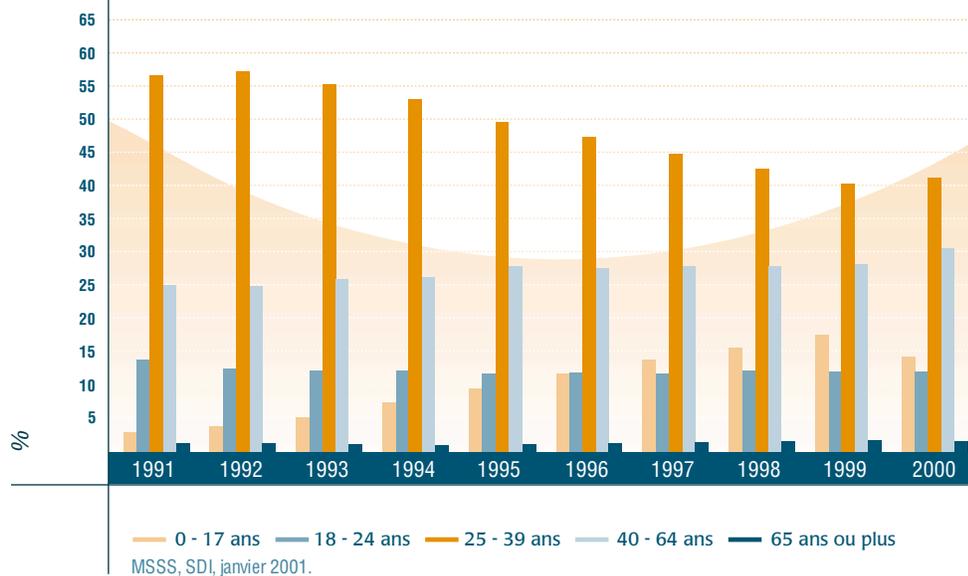


Figure 43

Répartition en pourcentage des usagers admis et inscrits dans les centres de réadaptation pour **personnes alcooliques et autres toxicomanes** du Québec, selon le groupe d'âge, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000



Au 31 mars 1991, on comptait 444 places internes — des internats et des foyers — destinées à cette clientèle ; en 1999-2000, le nombre de places se situait sous la barre des 400. Les quelque 4 900 usagers admis, en 1999-2000, ont généré un peu plus de 90 000 jours-présence, pour un séjour moyen d'un peu plus de 18 jours.

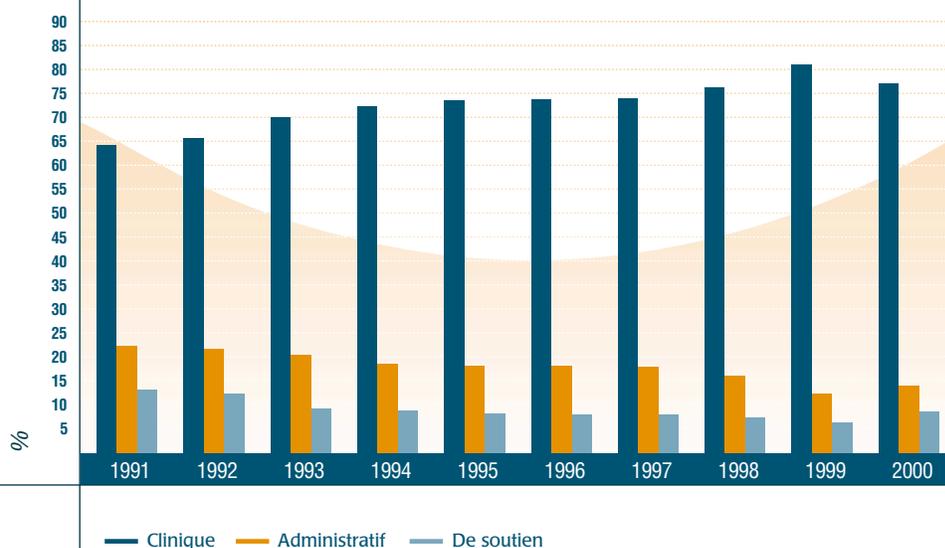
Quand on additionne les usagers admis et les usagers inscrits, et qu'on les répartit selon le groupe d'âge, on observe une baisse du nombre d'usagers âgés de 25 à 39 ans, même si ceux-ci demeurent les plus nombreux. Ils représentaient plus de 57 % du total en 1991-1992, alors qu'ils représentent un peu plus de 41 % du total en 1999-2000. Pendant la même période, les usagers âgés de 0 à 17 ans sont passés de 3 % à 17,6 % du total et sont donc six fois plus nombreux à la fin qu'au début de cette période. Ceux qui sont âgés de 40 à 64 ans ont connu une légère hausse de leur volume relatif (cinq points de pourcentage), alors que les usagers âgés de 18 à 24 ans voyaient leur position relative diminuer quelque peu et que ceux qui sont âgés de 65 ans ou plus la voyaient augmenter un peu.

L'effectif affecté à cette clientèle a crû, entre 1990-1991 et 1994-1995 et, après être demeuré relativement stable, autour de 700 employés, il a augmenté en fin de période.

En 1990-1991, 65 % de l'effectif était affecté aux services cliniques, 22 % aux services administratifs et 13 % aux services de soutien. En 1999-2000, ces proportions sont, respectivement, de 77,3 %, 14,1 % et 8,6 %.

Figure
44

Répartition en pourcentage du **personnel des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes** du Québec, selon la catégorie de personnel, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000



MSSS, SDI, janvier 2001.

Indicateurs liés aux services offerts aux
personnes alcooliques et autres toxicomanes,
au sein du réseau des établissements sociosanitaires québécois,
situation observée au 31 mars, 1991 à 2000

Indicateur	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
Places internes										
Nombre ¹	444	426	450	427	427	457	506	434	459	389
Indice évolutif	100	96	101	96	96	103	114	98	103	88
Taux d'occupation (%)	77,1	79,1	74,9	77,5	75,9	72,6	72,6	72,0	63,5	62,7
Usagers admis²										
Nombre ³	5 667	5 632	5 517	5 441	5 423	5 169	5 696	5 287	5 023	4 916
Indice évolutif	100	99	97	96	96	91	101	93	89	87
Nombre pour 1 000 personnes ⁴	0,81	0,80	0,78	0,76	0,75	0,71	0,78	0,72	0,68	0,67
Usagers inscrits⁵										
Nombre ³	16 160	16 574	18 084	20 031	22 459	25 000	25 896	26 792	27 688	31 281
Indice évolutif	100	103	112	124	139	155	160	166	171	194
Nombre pour 1 000 personnes ⁴	2,30	2,35	2,54	2,80	3,12	3,44	3,55	3,67	3,78	4,26
Jours-présence des usagers admis²										
Nombre	124 973	122 987	123 061	120 760	118 269	121 133	134 070	114 096	106 457	89 090
Indice évolutif	100	98	98	97	95	97	107	91	85	71
Séjour moyen (jours)	22,1	21,8	22,3	22,2	21,8	23,4	23,5	21,6	21,2	18,1
Ensemble du personnel										
Clinique	290	324	407	475	521	507	521	504	582	604
Administratif	101	107	118	121	129	124	126	106	90	110
De soutien	59	61	54	58	58	54	55	49	46	67
Total	450	492	579	654	708	685	702	659	718	781

1. Incluant les internats (dix places ou plus) et les foyers de groupe (neuf places ou moins).
2. Usagers admis pour un jour ou plus ; ils couchent à l'institution.
3. Il s'agit du nombre total d'usagers soignés durant l'année.
4. Il s'agit de la proportion du nombre total d'usagers soignés durant l'année par rapport à l'ensemble de la population.
5. Usagers inscrits pour moins d'un jour ; ils ne couchent pas à l'institution.

MSSS, SDI, janvier 2001.

Personnes déficientes physiques

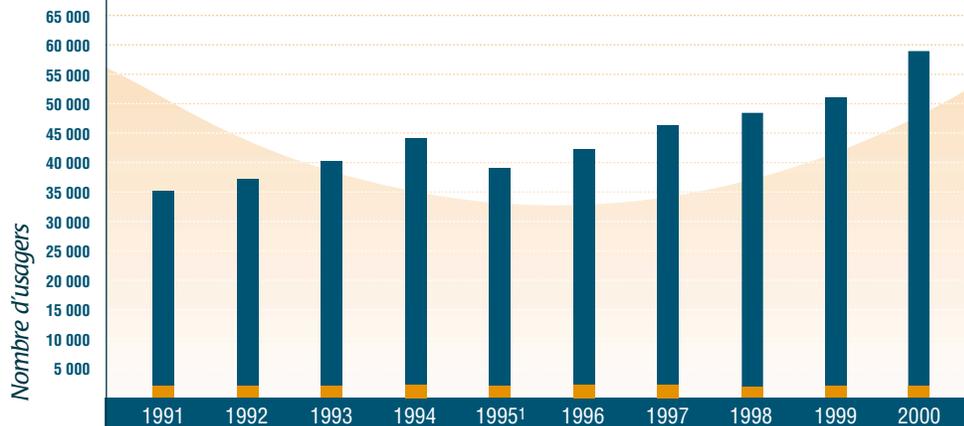
Au 31 mars 1991, on comptait quelque 500 places internes pour les personnes déficientes physiques ; au 31 mars 2000, on en dénombre 444. La baisse est de 12 %.

Si le nombre d'usagers admis est demeuré sensiblement le même — autour de 2 000 — jusqu'en 1995, il frôle les 2 700 depuis. Celui des usagers inscrits, lui, a crû de façon importante depuis le tout début des années 1990, passant de quelque 33 300 à plus de 57 000, soit une augmentation de 71 %. Les usagers admis ont généré plus de 103 200 jours-présence, en 1990-1991, pour un séjour moyen d'un peu plus de 52 jours. En 1999-2000, ils ont donné lieu à moins de 120 000 jours-présence, pour un séjour moyen d'environ 45 jours.

Un peu plus de 70 % des usagers sont âgés de plus de 21 ans en 1999-2000 ; la proportion a dépassé les 78 % au milieu des années 1990. Au début de la période étudiée, le groupe des usagers âgés de 0 à 4 ans représentait 5,6 % du total, ceux dont l'âge se situait entre 5 et 17 ans équivalaient 14,8 % du total, alors que la proportion d'usagers âgés de 18 à 21 ans était de 3,6 %. En 1999-2000, ces proportions sont, respectivement, de 9,2 %, 13 % et 6,5 % ; on observe donc une diminution de la part relative du groupe des usagers âgés de 5 à 17 ans et une hausse de celle des deux autres groupes.

Figure 45

Somme des usagers admis et inscrits dans les centres de réadaptation pour **personnes déficientes physiques** du Québec, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000



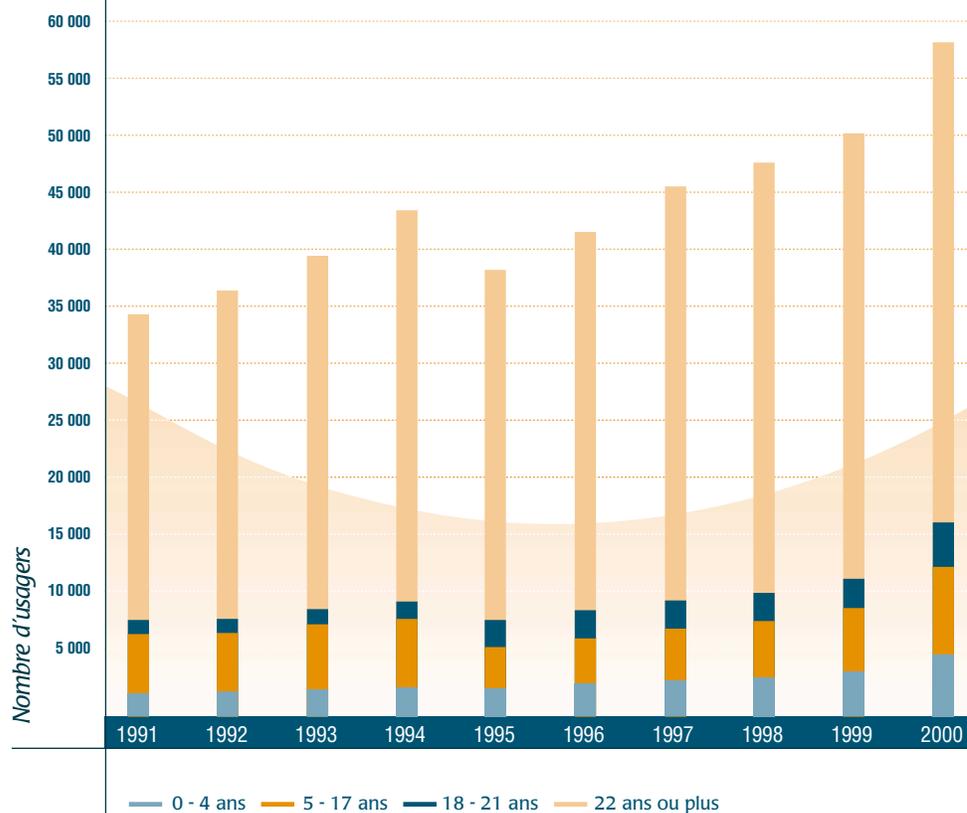
— Admis — Inscrits

1. Écart dû à une modification dans la méthode de compilation des usagers.

MSSS, SDI, janvier 2001.

Figure 46

Répartition du nombre d'usagers admis et inscrits dans les centres de réadaptation pour **personnes déficientes physiques** du Québec, selon le groupe d'âge, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000



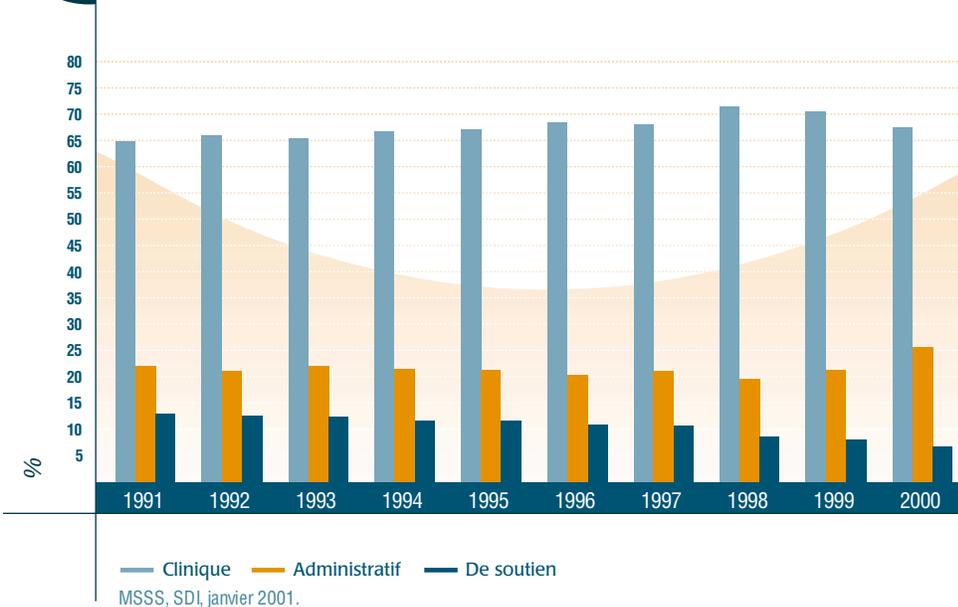
— 0 - 4 ans — 5 - 17 ans — 18 - 21 ans — 22 ans ou plus

MSSS, SDI, janvier 2001.

Le volume de l'effectif affecté aux personnes déficientes physiques a peu varié au cours de la période observée, se situant toujours autour de 1 800 ou 1 900 employés, sauf pour la dernière année, où il a atteint près de 2 300. Par contre, alors que l'on remarque une tendance à la hausse du personnel clinique et du personnel administratif, on observe une baisse constante, depuis 1993, du personnel de soutien ; en 1999-2000, cependant, on observe une stabilisation pour cette catégorie de personnel. En 1990-1991, 65 % de l'effectif était constitué par le personnel clinique, 22 % par le personnel administratif et 13 % par le personnel de soutien ; en 1999-2000, ces proportions sont, respectivement, de 68 %, 25 % et 7 %.

Figure
47

Répartition en pourcentage du personnel des centres de réadaptation pour **personnes déficientes physiques** du Québec, selon la catégorie de personnel, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000



Indicateurs liés aux
services offerts aux personnes déficientes physiques,
au sein du réseau des établissements sociosanitaires québécois,
situation observée au 31 mars, 1991 à 2000

Indicateur	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
Lits dressés										
Nombre ¹	504	532	511	453	432	507	540	481	432	444
Indice évolutif	100	106	101	90	86	101	107	95	86	88
Taux d'occupation (%)	56,1	64,6	65,7	64,6	57,5	52,2	45,1	59,6	72,3	74,0
Usagers admis²										
Nombre ³	1 971	2 093	2 022	2 171	2 076	2 697	2 606	2 395	2 588	2 686
Indice évolutif	100	106	103	110	105	137	132	122	131	136
Nombre pour 1 000 personnes ⁴	0,28	0,30	0,28	0,30	0,29	0,37	0,36	0,33	0,35	0,37
Usagers inscrits⁵										
Nombre ³	33 328	35 291	38 362	42 230	37 114	40 247	44 249	46 662	49 179	57 077
Indice évolutif	100	106	115	127	111	121	133	140	148	171
Nombre pour 1 000 personnes ⁴	4,75	4,99	5,39	5,89	5,15	5,53	6,06	6,37	6,70	7,77
Jours-présence des usagers admis²										
Nombre	103 233	125 359	122 539	106 848	90 650	96 622	88 983	104 715	113 961	119 945
Indice évolutif	100	121	119	104	88	94	86	101	110	116
Séjour moyen (jours)	52,4	59,9	60,6	49,2	43,7	35,8	34,1	43,7	44,0	44,7
Ensemble du personnel										
Clinique	1 168	1 221	1 290	1 311	1 230	1 262	1 173	1 354	1 338	1 531
Administratif	397	390	433	423	389	376	361	373	403	578
De soutien	234	234	243	227	211	200	183	166	153	154
Total	1 799	1 845	1 966	1 961	1 830	1 838	1 717	1 893	1 894	2 263

1. Incluant les internats (dix places ou plus) et les foyers de groupe (neuf places ou moins).
2. Usagers admis pour un jour ou plus ; ils couchent à l'institution.
3. Il s'agit du nombre total d'usagers soignés durant l'année.
4. Il s'agit de la proportion du nombre total d'usagers soignés durant l'année par rapport à l'ensemble de la population.
5. Usagers inscrits pour moins d'un jour ; ils ne couchent pas à l'institution.

MSSS, SDI, janvier 2001.

Personnes déficientes intellectuelles

Depuis 1990-1991, le nombre total de personnes déficientes intellectuelles qui reçoivent des services a pratiquement crû de façon constante, atteignant 25 200 en 1999-2000. Par contre, cette augmentation est uniquement due aux usagers inscrits, leur nombre ayant presque doublé au cours de la période observée, alors que celui des usagers admis était quatre fois moins élevé.

En fait, en 1990-1991, on comptait près de 3 500 places internes pour quelque 4 000 usagers ; ceux-ci généraient plus de 1 million de jours-présence. En 1999-2000, on compte un peu plus de 900 places internes, pour un peu moins de 1 000 usagers admis ; ceux-ci donnent lieu à moins de 245 000 jours-présence, c'est-à-dire un séjour moyen se situant à un peu moins de 250 jours.

En 1999-2000, 68 % de l'ensemble des usagers sont âgés de plus de 21 ans, alors que 5,6 % sont âgés de 0 à 4 ans et 6,7 %, de 18 à 21 ans. Ceux qui sont âgés de 5 à 17 ans représentent un peu moins de 20 % du total. La répartition selon le groupe d'âge a peu varié au cours de la période observée.

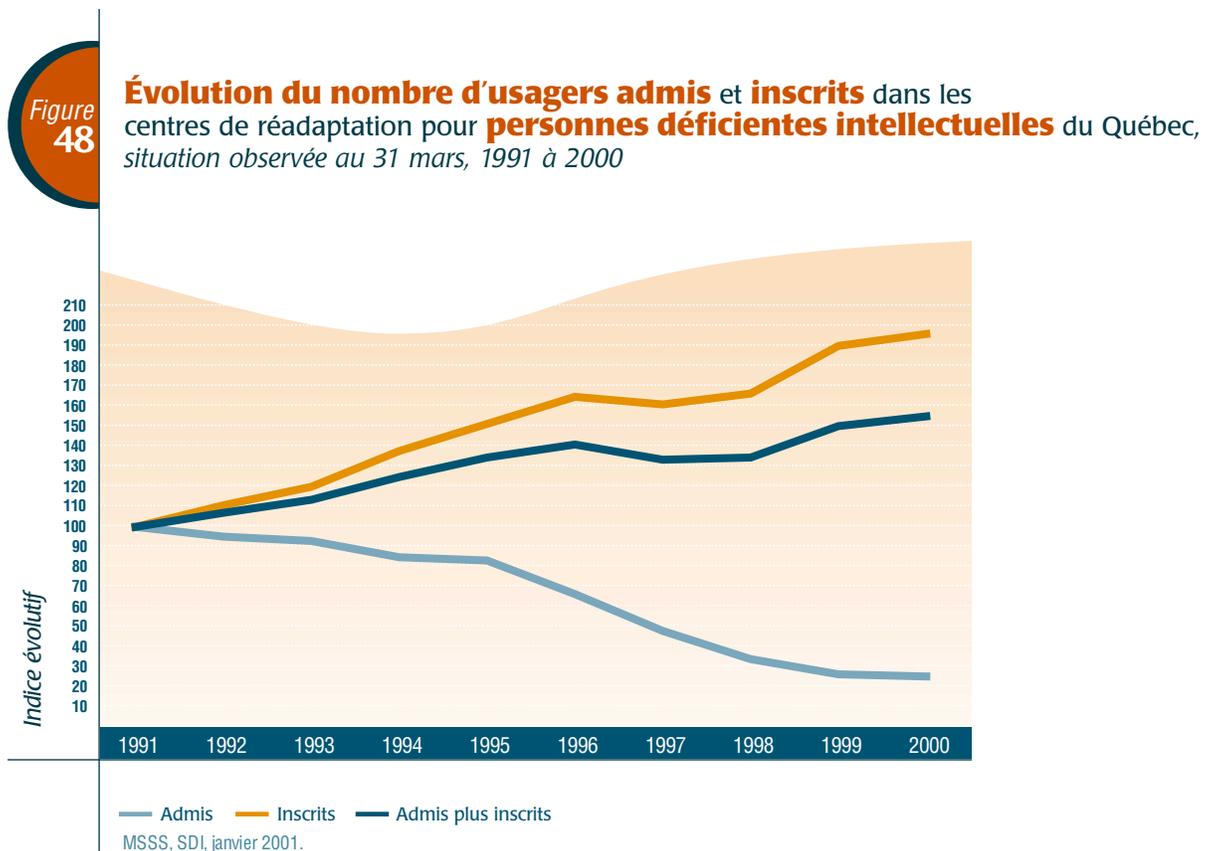


Figure
49

Répartition en pourcentage des usagers admis et inscrits dans les centres de réadaptation pour **personnes déficientes intellectuelles** du Québec, selon le groupe d'âge, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000

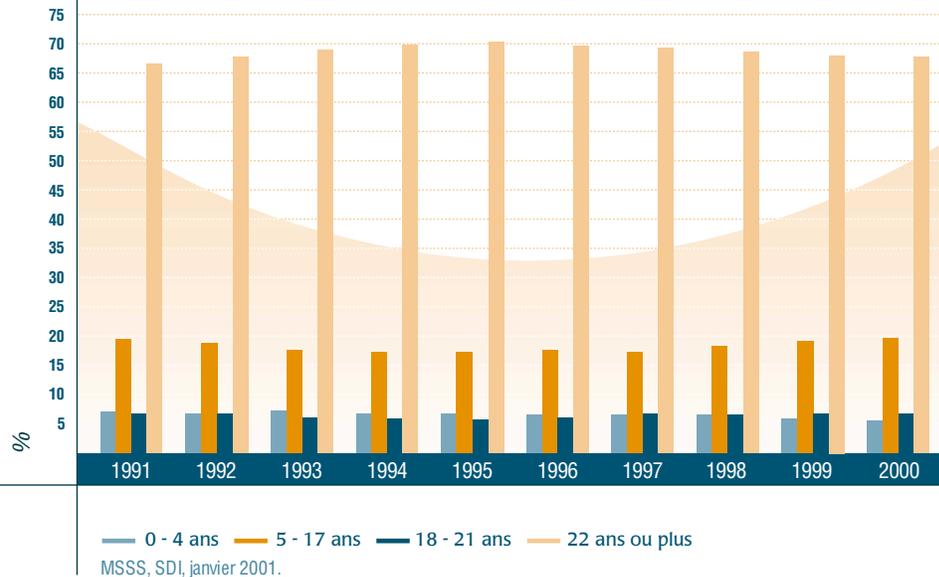
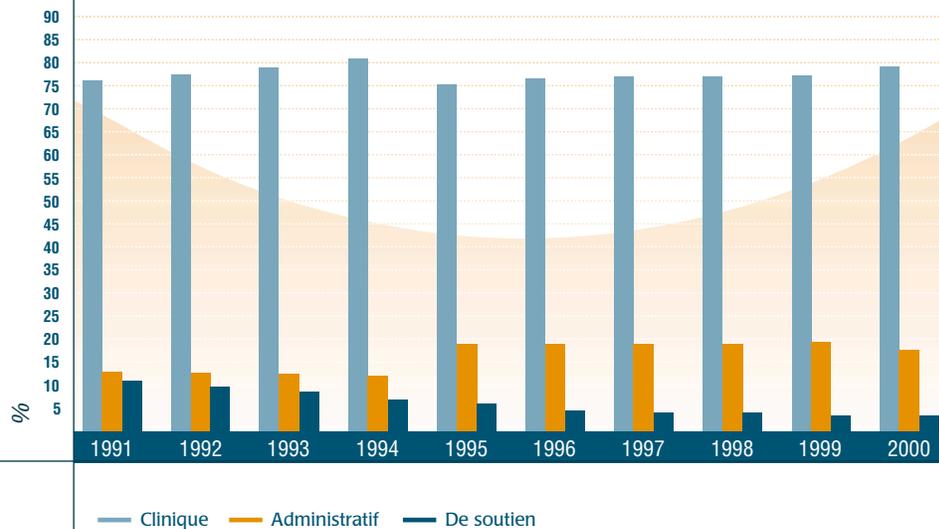


Figure
50

Répartition en pourcentage du personnel des centres de réadaptation pour **personnes déficientes intellectuelles** du Québec, selon la catégorie de personnel, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000



MSSS, SDI, janvier 2001.

De 1990-1991 à 1993-1994, on remarque une augmentation de l'effectif affecté aux personnes déficientes intellectuelles, suivie d'une baisse qui dure jusqu'en 1997-1998. Mais, au cours des deux dernières années, on observe une nette remontée. Par contre, en ce qui concerne le personnel de soutien, la baisse est constante sur toute la période, sauf une stabilisation en 1999-2000.

Alors que le personnel clinique constitue, bon an mal an, plus des trois quarts de l'effectif, le personnel administratif est à un niveau constant, autour de 19 %, depuis le milieu de la période. Le personnel de soutien, lui, est presque quatre fois moins nombreux à la fin de la période qu'au début, son poids relatif étant passé de 11 % à 3 %.

Indicateurs liés aux services offerts aux
personnes déficientes intellectuelles,
au sein du réseau des établissements sociosanitaires québécois,
situation observée au 31 mars, 1991 à 2000

Indicateur	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
Lits dressés										
Nombre ¹	3 476	3 369	3 220	2 924	2 864	2 062	1 690	1 131	1 010	902
Indice évolutif	100	97	93	84	82	59	49	33	29	26
Taux d'occupation (%)	84,4	86,5	83,1	81,0	71,4	81,1	72,3	80,5	78,0	74,1
Usagers admis²										
Nombre ³	3 952	3 755	3 679	3 339	3 275	2 629	1 889	1 348	958	984
Indice évolutif	100	95	93	84	83	67	48	34	24	25
Nombre pour 1 000 personnes ⁴	0,56	0,53	0,52	0,47	0,45	0,36	0,26	0,18	0,14	0,14
Usagers inscrits⁵										
Nombre ³	12 330	13 658	14 752	16 985	18 638	20 305	19 804	20 509	23 410	24 195
Indice évolutif	100	111	120	138	151	165	161	166	190	196
Nombre pour 1 000 personnes ⁴	1,76	1,93	2,07	2,37	2,59	2,79	2,71	2,80	3,19	3,29
Jours-présence des usagers admis²										
Nombre	1 071 181	1 063 157	976 982	864 209	745 994	610 453	445 979	332 282	287 391	243 801
Indice évolutif	100	99	91	81	70	57	42	31	27	23
Séjour moyen (jours)	271,0	283,1	285,6	258,8	227,8	232,2	236,1	246,5	300,0	247,8
Ensemble du personnel										
Clinique	4 456	4 664	5 035	5 501	4 694	4 675	4 438	3 731	4 232	4 555
Administratif	758	768	798	819	1 170	1 158	1 087	917	1 061	1 020
De soutien	634	580	538	461	361	279	236	191	180	187
Total	5 848	6 012	6 371	6 781	6 225	6 112	5 761	4 839	5 473	5 762

1. Incluant les internats (dix places ou plus) et les foyers de groupe (neuf places ou moins).
2. Usagers admis pour un jour ou plus ; ils couchent à l'institution.
3. Il s'agit du nombre total d'usagers soignés durant l'année.
4. Il s'agit de la proportion du nombre total d'usagers soignés durant l'année par rapport à l'ensemble de la population.
5. Usagers inscrits pour moins d'un jour ; ils ne couchent pas à l'institution.

MSSS, SDI, janvier 2001.

LES SERVICES D'HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE

Compte tenu du vieillissement de la population québécoise, à l'instar de la plupart des populations occidentales, la demande de services d'hébergement et soins de longue durée consacrés aux personnes âgées en perte d'autonomie devient de plus en plus forte.

Le contexte des années 1990 – contraintes budgétaires, rationalisation, nécessité d'un virage vers des services plus près du milieu de vie des gens – a fait en sorte de modifier quelque peu l'offre de ce type de services. Dorénavant, le soutien à domicile et le développement de capacités d'accueil dans le secteur privé viennent répondre à une partie de plus en plus importante des besoins des personnes bénéficiant encore d'un degré d'autonomie suffisant.

Ainsi, depuis le milieu des années 1990, on a quelque peu réduit le nombre de lits d'hébergement et soins de longue durée destinés à des personnes ayant besoin de moins de deux heures et demie de soins par jour au sein du réseau des établissements sociosanitaires et on en a créé un certain nombre pour des usagers devant recevoir plus de deux heures et demie de soins quotidiennement, sans toutefois compenser entièrement la coupure initiale. Bien qu'au total le nombre de lits ait diminué, le nombre de personnes hébergées a continué de s'accroître, alors même que le nombre de jours-présence diminuait, ce qui reflète une baisse importante du séjour moyen.

Même si la répartition selon le groupe d'âge des personnes hébergées est demeurée sensiblement la même, la clientèle s'est « alourdie » de façon significative, d'autres types de services ayant drainé une part importante de la clientèle dite plus « légère ». Ainsi, au sein du réseau, les personnes hébergées doivent recevoir davantage de soins et les décès sont de plus en plus nombreux, surtout chez les gens âgés de 75 à 84 ans.

Depuis 1995, et malgré une légère remontée en 2000, l'attente est moins longue avant d'obtenir une place, de sorte que le rapport « nombre de personnes en attente d'hébergement / nombre de nouvelles personnes admises » a régressé depuis le milieu des années 1990, ce qui signifie une amélioration de la situation pour cette clientèle.

DES CHIFFRES

En juin 2000, 14 % des personnes admises dans les centres d'hébergement et soins de longue durée étaient âgées de 64 ans ou moins. Le groupe le plus nombreux est celui des personnes âgées de 75 à 84 ans, avec 35 %, suivi de celui des personnes de 85 ans ou plus, avec 33 %. Les personnes âgées de 65 à 74 ans représentent 18 % du total. La répartition des usagers selon le groupe d'âge est relativement stable depuis 1995.

En mars 2000, on comptait plus de 45 700 places dressées (incluant celles des pavillons d'hébergement) pour l'hébergement et les soins de longue durée, dont 43 300 étaient — en juin 2000 — gérées par les comités régionaux d'orientation – admission (COA), ce qui représente des baisses de 9 % et de 2 %, respectivement, par rapport à 1995. Pendant ce temps, le nombre de nouvelles personnes admises s'est accru de 22 % et le flot de personnes hébergées (personnes hébergées plus les nouvelles admissions), de 10 %. La période moyenne d'attente avant l'admission est passée de plus de 80 jours à moins de 58 jours, soit une réduction de 38 %. Par contre, on remarque que cette période s'est allongée depuis 1998, où elle était de 47 jours. La durée moyenne du séjour est, quand à elle, en régression constante depuis 1995 ; elle est passée de 260 à 218 jours.

Entre 1995 et 1997, le nombre de personnes en attente d'hébergement a chuté de 27 %, mais il a connu une légère remontée depuis. La période d'attente d'hébergement, après s'être allongée entre 1996 et 1998, est maintenant grandement raccourcie. Notons cependant que ce résultat ne tient pas compte de la période d'attente des personnes admises au cours des douze derniers mois ; celles-ci sont évidemment des cas prioritaires dont l'état nécessite un hébergement donnant lieu à des soins importants, et ce, dans de courts délais.

En définitive, entre 1995 et 1999, le rapport « nombre de personnes en attente d'hébergement / nombre de nouvelles personnes admises » a nettement régressé, ce qui signifie une amélioration de la situation pour cette clientèle, et ce, malgré un certain recul du nombre de places disponibles dans le réseau des établissements. Cependant, en 2000, on observe une légère augmentation du rapport.

Figure 51

Répartition en pourcentage des personnes bénéficiant de **services d'hébergement et soins de longue durée** dans le réseau des établissements sociosanitaires québécois, selon le groupe d'âge, 1995 et 2000

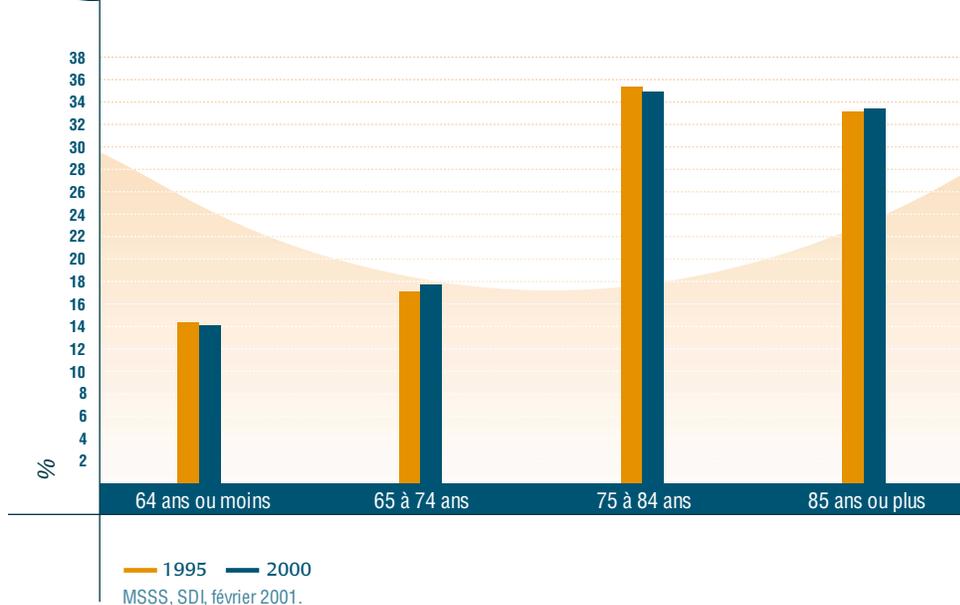
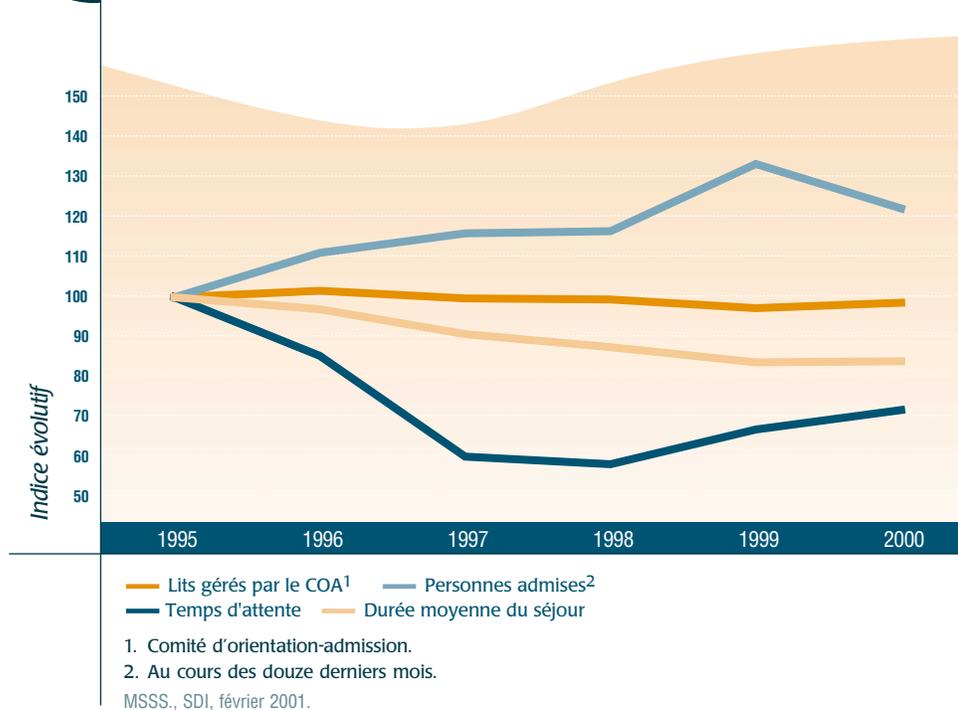


Figure 52

Évolution de certains indicateurs liés à **l'hébergement des personnes âgées, au Québec**, situation observée en septembre, 1995 à 1999, et en juin 2000



1. Comité d'orientation-admission.

2. Au cours des douze derniers mois.

Figure 53

Évolution du **nombre de personnes hébergées**, du nombre de personnes en attente d'hébergement et des temps d'attente, au Québec, situation observée en septembre, 1995 à 1999, et en juin 2000

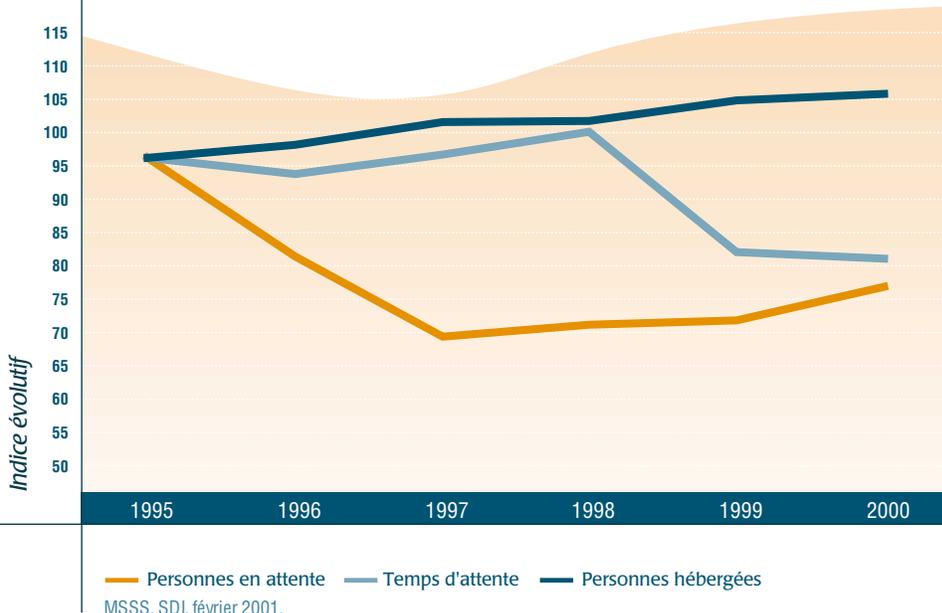


Figure 54

Nombre de personnes admises dans un **centre d'hébergement** au cours des douze derniers mois, par rapport au nombre de personnes en attente d'hébergement, au Québec, situation observée en septembre, 1995 à 1999, et en juin 2000

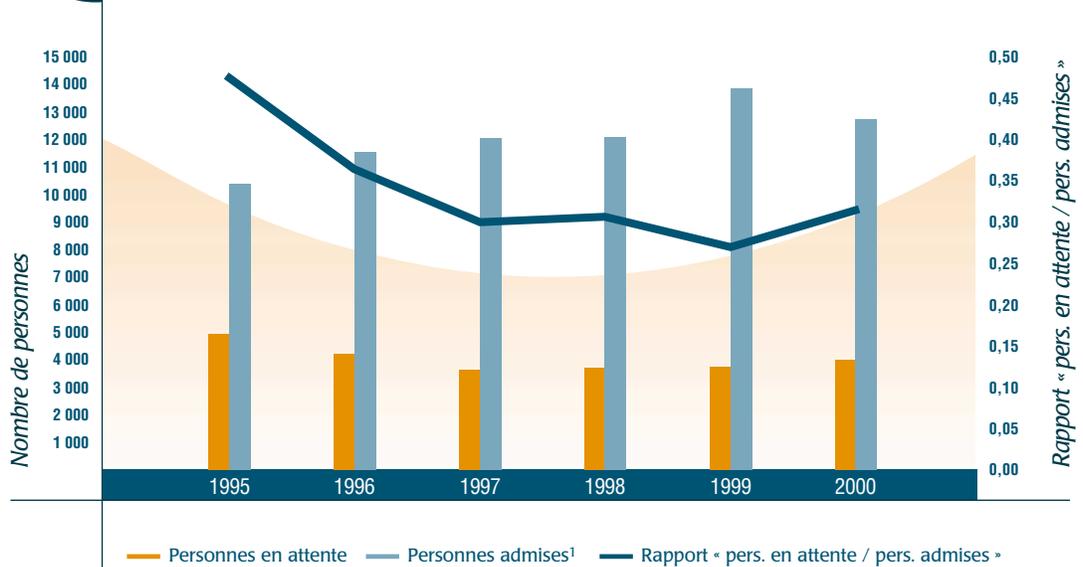


Tableau
29

Utilisation des **services d'hébergement et soins de longue durée**, au sein du réseau des établissements sociosanitaires québécois, situation observée au 31 mars, 1991 à 2000

Indicateur	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
Lits dressés										
Nombre ¹	50 781	51 075	51 214	51 125	50 378	49 917	48 480	46 232	45 621	45 748
Indice évolutif	100	101	101	101	99	98	95	91	90	90
Nombre pour 1 000 personnes	7,2	7,2	7,2	7,1	7,0	6,9	6,6	6,3	6,2	6,2
Taux d'occupation (%)	94,7	94,7	94,1	93,3	94,7	94,4	94,0	95,4	95,1	94,8
Usagers										
Nombre ²	67 177	67 290	68 644	70 321	67 031	68 354	70 642	70 818	72 846	73 536
Indice évolutif	100	100	102	105	100	102	105	105	108	109
Nombre pour 1 000 personnes ³	9,57	9,52	9,65	9,81	9,30	9,40	9,67	9,67	9,92	10,00
Jours-présence										
Nombre	17 560 365	17 657 697	17 583 276	17 413 567	17 414 061	17 196 912	16 642 193	16 098 420	15 829 540	15 836 829
Indice évolutif	100	101	100	99	99	98	95	92	90	90
Séjour moyen (en jours)	261,4	262,4	256,2	247,6	259,8	251,6	235,6	227,3	217,3	215,4

1. Incluant les pavillons d'hébergement.
2. Il s'agit du nombre total d'usagers hébergés durant l'année.
3. Il s'agit de la proportion du nombre total d'usagers hébergés durant l'année par rapport à l'ensemble de la population.

MSSS, SDI, février 2001.

Tableau
30

Indicateurs liés à **l'hébergement et soins de longue durée**, au Québec, situation observée en septembre, 1995 à 1999, et en juin 2000

Indicateur	95	96	97	98	99	00
Nombre de lits gérés par le COA ¹	44 006	44 690	43 814	43 651	42 698	43 301
Indice évolutif	100	102	100	99	97	98
Nombre de personnes admises ²	10 403	11 548	12 061	12 101	13 852	12 701
Indice évolutif	100	111	116	116	133	122
Délais d'attente ³ (en jours)	80,7	68,8	48,5	47,0	53,9	57,9
Indice évolutif	100	85	60	58	67	72
Durée moyenne de séjour	259,8	251,6	235,6	227,3	217,3	217,6
Indice évolutif	100	97	91	87	84	84
Nombre de personnes hébergées	67 031	68 354	70 642	70 818	72 846	73 472
Indice évolutif	100	102	105	106	109	110
Nombre de personnes en attente	4 924	4 200	3 608	3 696	3 728	3 976
Indice évolutif	100	85	73	75	76	81
Temps d'attente ⁴ (en jours)	205	200	206	213	176	174
Indice évolutif	100	98	100	104	86	85

1. Comité d'orientation - admission.
2. Au cours des douze derniers mois.
3. Des personnes admises au cours des douze derniers mois.
4. Des personnes en attente d'hébergement.

MSSS, SDI, février 2001.



Le coût des services



- (Les sources de financement
- (La situation financière du Québec
- (La mission Santé et services sociaux



LE COÛT DES SERVICES

Quand on fait référence aux coûts, dans le domaine sociosanitaire, on rencontre plusieurs termes couvrant des réalités ou des concepts différents. Ainsi, l'expression « dépenses totales de santé » désigne l'ensemble des dépenses publiques — qu'elles soient fédérales, provinciales ou municipales —, et les dépenses privées liées à la santé, excluant celles qui sont relatives aux services sociaux. Cette définition pan canadienne permet d'établir une base de comparaison pour le Québec, tant sur le plan canadien qu'à l'échelle internationale.

Or, on sait que le système québécois intègre les services de santé et les services sociaux au sein d'un réseau d'institutions soumis à l'autorité d'un même ministère, ce qui lui est propre tant au Canada qu'à l'étranger. Ainsi, quand on désire étudier l'évolution des dépenses sociosanitaires au Québec, on utilise des concepts différents. En premier lieu, on peut considérer l'univers des « dépenses gouvernementales pour la mission Santé et services sociaux » par l'entremise des Comptes publics et du Livre des crédits du Québec. Il s'agit des dépenses publiques provinciales nettes, c'est-à-dire après soustraction des revenus réalisés dans les établissements du réseau (chambres privées et semi-privées, activités accessoires, vente de services, etc.). On peut ainsi comparer l'évolution de l'effort financier consacré aux services de santé et aux services sociaux à l'évolution de celui qui est consenti aux autres grandes missions gouvernementales québécoises.

En second lieu, on peut étudier les « dépenses réelles brutes ». Il s'agit des dépenses publiques provinciales brutes, c'est-à-dire avant soustraction des revenus réalisés dans les établissements du réseau. On obtient ces dépenses dans les rapports financiers annuels des établissements (formulaires AS-471), données auxquelles on ajoute les dépenses liées aux programmes administrés par la RAMQ ainsi que les subventions accordées aux organismes communautaires, à l'OPHQ et aux autres organismes sociosanitaires. On couvre ainsi le système sociosanitaire dans son ensemble, ce qui permet d'en mesurer l'ampleur en dollars bruts, tant sur le plan provincial que régional et, par conséquent, d'établir des comparaisons entre les différentes régions du Québec.

Enfin, si l'on considère uniquement les rapports financiers des établissements, on peut parler de « coûts directs nets », c'est-à-dire les coûts relatifs aux activités principales des établissements du réseau après soustraction des revenus réalisés selon le centre d'activité. Ceci permet d'établir des comparaisons entre les dépenses liées directement aux services cliniques et celles qui ont trait au soutien lié à ces services, c'est-à-dire l'administration, l'entretien et le fonctionnement en général. De plus, si l'on y ajoute les subventions aux organismes communautaires, on peut déterminer le contour financier des huit programmes-clients qui découpent le domaine sociosanitaire québécois.

LES SOURCES DE FINANCEMENT

Les dépenses publiques de santé et de services sociaux sont presque entièrement financées par le Fonds consolidé du revenu du gouvernement du Québec, lequel contribue à plus de 90 % de la facture totale. À cela, il faut ajouter les montants perçus au titre du financement autonome du secteur sociosanitaire, tels que les contributions des adultes hébergés, les suppléments pour les chambres privées ou semi-privées, les revenus de tierce responsabilité (ex. : CSST, Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)) et les frais facturés à des non-résidents.

La part du financement provenant du Fonds consolidé du revenu québécois comprend essentiellement trois sources de revenus : les transferts fédéraux et les contributions des employeurs et des particuliers au Fonds des services de santé ; les contributions au Fonds du régime d'assurance médicaments ; le solde provenant d'autres sources du Fonds consolidé du revenu, telles que les taxes à la consommation et les impôts sur le revenu des entreprises et des particuliers.

Les transferts fédéraux sont de deux ordres : les transferts financiers, c'est-à-dire les sommes d'argent, liées à certains programmes, qui sont transférées directement aux provinces, et les transferts fiscaux, c'est-à-dire des points d'impôt transférés à l'assiette fiscale des provinces.

Jusqu'au 31 mars 1996, les transferts fédéraux en matière de santé et de services sociaux se situaient dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) et, surtout, dans le cadre du Financement des programmes établis (FPE). Depuis cette date, ces transferts sont effectués en vertu du programme de Transfert social canadien (TSC), rebaptisé récemment Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

DES CHIFFRES

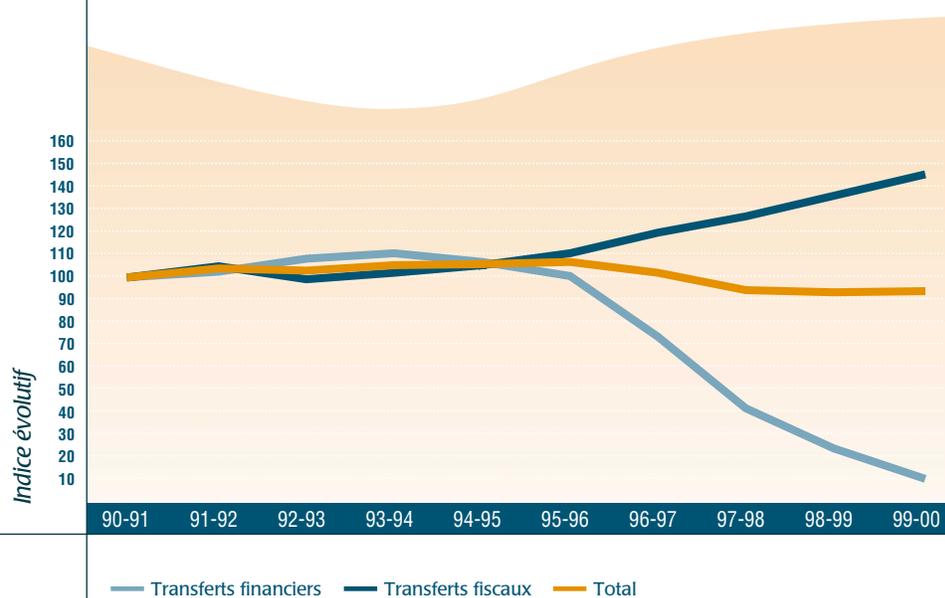
En 1991-1992, 6,7 % du financement des services sociosanitaires provenait des revenus autonomes. Les contributions des employeurs représentaient 22,2 % de ce financement, les transferts fédéraux 33,1 % et le solde, soit 38 %, était puisé à même les autres sources (taxes, impôts, etc.) du Fonds consolidé du revenu québécois.

En 1994-1995, le financement autonome atteint 7,5 % du total, tandis que les 92,5 % extraits du Fonds consolidé du revenu sont partagés entre les transferts fédéraux (32,3 %), les contributions des employeurs et des particuliers (23,9 %) et les autres revenus du Fonds consolidé du revenu (36,3 %).

En 1999-2000, on estime que le financement des services sociosanitaires provient, dans une proportion de 6,9 %, des revenus autonomes du secteur ; le reste, soit 93,1 %, est puisé à même le Fonds consolidé du revenu, dont 26,2 % sont constitués des cotisations au Fonds des services de santé.

Figure
55

Évolution des **transferts fédéraux¹ en matière de santé et de services sociaux**, selon le type de transferts, pour le Québec, 1990-1991 à 1999-2000



— Transferts financiers — Transferts fiscaux — Total

1. De 1990-1991 à 1995-1996 : comprend le Financement des programmes établis (FPE), volet santé, et certaines dépenses de bien-être du MSSS partageables en vertu du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). À compter de 1996-1997 : comprend une partie du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) établie sur la base de FPE et du RAPC de 1995-1996, soit 54,3 %.

MSSS, SDI, octobre 2000.

LA SITUATION FINANCIÈRE DU QUÉBEC

Après plusieurs décennies où il a accumulé des déficits annuels, le gouvernement québécois a finalement atteint l'équilibre budgétaire à la fin des années 1990, grâce à un effort soutenu de rationalisation financière, d'une part, et à une croissance économique avantageuse, d'autre part.

En 2000-2001, les revenus budgétaires du Québec ont atteint 51 milliards de dollars. Les transferts fédéraux totaux ont représenté 16,1 % de ce montant, soit 8,2 milliards. En 2001-2002, les revenus budgétaires totaux devraient être de 51,1 milliards ; les 9,5 milliards de transferts fédéraux équivaldront à 18,5 % des revenus totaux.

DES CHIFFRES

Le budget de 1998-1999 affichait un léger surplus de 126 millions de dollars ; celui de 2000-2001 montre un surplus de 500 millions, plus une réserve de 950 millions pour répondre à certains besoins dans les secteurs de la santé et de l'éducation. En 2001-2002, les dépenses budgétaires de fonctionnement devraient atteindre 43,2 milliards, alors que le service de la dette devrait se situer à 7,9 milliards, représentant 15,5 % des dépenses budgétaires totales de 51,1 milliards. En 1997-1998, le déficit budgétaire était d'un peu moins de 2,2 milliards.

En 2001-2002, la dette totale du gouvernement québécois aura atteint près de 102 milliards de dollars, soit 65 milliards de dette directe et 37 milliards au passif des régimes de retraites. Cependant, l'importance de la dette par rapport au Produit intérieur brut (PIB) a diminué, passant de 52,2 % en 1997-1998 à 45,9 % en 2001-2002.

Tableau
31

Situation budgétaire¹ du gouvernement québécois, 1997-1998 à 2001-2002

En millions de \$	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02 ²
Revenus budgétaires totaux	41 831	46 695	47 399	50 903	51 136
Revenus autonomes	35 842	38 605	41 047	42 729	41 652
Transferts fédéraux	5 989	8 090	6 352	8 174	9 484
Dépenses budgétaires totales	43 988	46 569	47 369	49 453	51 136
Dépenses de fonctionnement	36 645	39 382	39 997	41 789	43 226
Service de la dette	7 343	7 187	7 372	7 664	7 910
Réserve				950	
Surplus (déficit)	(2 157)	126	30	500	
PIB	187 235	193 281	202 425	213 316	221 751
Dette totale	97 728	99 568	100 546	102 780	101 691
Dette directe	57 294	59 144	61 209	63 708	64 731
Passif des régimes de retraite	40 434	40 424	39 337	39 072	36 960
Dette totale en % du PIB	52,2	51,5	49,7	48,2	45,9
Service de la dette en % des dépenses budgétaires	16,7	15,4	15,6	15,5	15,5
Transferts fédéraux en % des revenus budgétaires	14,3	17,3	13,4	16,1	18,5

1. Budget 2001-2002 du gouvernement québécois, produit par le ministère des Finances.

2. Il s'agit de prévisions.

MSSS, SDI, avril 2001.

LA MISSION SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

La structure budgétaire présentée dans les Comptes publics et au Livre des crédits du gouvernement du Québec comporte trois paliers principaux : les missions, les portefeuilles et les programmes.

Le premier pallier compte six grandes missions gouvernementales : Santé et services sociaux, Soutien aux personnes et aux familles, Éducation et culture, Économie et environnement, Gouverne et justice ainsi que Paiement de la dette. Le second palier de la structure, soit les portefeuilles, correspond aux différents ministères. Dans le cas de la mission Santé et services sociaux, le portefeuille et la mission se confondent, car on n'y trouve qu'un seul ministère, le MSSS.

Pour la mission Santé et services sociaux, le troisième palier est actuellement constitué des quatre programmes suivants :

- Fonctions nationales ;
- Fonctions régionales ;
- OPHQ ;
- RAMQ.

Depuis le début des années 1990, le PIB québécois a crû, en moyenne, de 3 % par an. Après une hausse de 7 % en 1991-1992, les dépenses gouvernementales ont suivi un rythme de croissance annuelle moyenne d'à peine 1,9 %, de sorte qu'elles représentent, en 2000-2001, 22 % du PIB. Dix ans plus tôt, cette proportion atteignait près de 24 %. En 2001-2002, on prévoit que les dépenses gouvernementales atteindront 22,2 % du PIB.

Plus du tiers de ces dépenses est consacré à la mission Santé et services sociaux, ce qui représente 7,5 % du PIB en 2000-2001. Le programme budgétaire « Fonctions régionales » — c'est-à-dire les sommes nécessaires au fonctionnement du réseau des établissements et des régies ainsi que les subventions accordées aux organismes communautaires, les activités connexes et le service de la dette —, représente les deux tiers des dépenses de la mission en 2000-2001. Le programme « RAMQ », c'est-à-dire l'ensemble des programmes et l'administration de la Régie, accapare un peu plus de 24 % du total. En 2001-2002, les dépenses liées à la mission Santé et services sociaux atteindront 16,7 milliards de dollars, soit 34 % de l'ensemble des dépenses gouvernementales.

Si l'on regarde les dépenses sociosanitaires sous l'angle des programmes-clientèles du Ministère, on constate que les 10 milliards de dollars de dépenses nettes, pour l'ensemble des huit programmes en 1999-2000, constituent une progression de 8,4 % par rapport à 1997-1998. Le programme « Santé physique » regroupe 46 % de ces dépenses, alors que celui des « Personnes âgées en perte d'autonomie » en génère un peu moins du quart.

La répartition des coûts directs bruts liés aux activités principales des établissements selon la mission ministérielle permet de constater que seules les missions CR, CJ et CLSC ont vu leurs coûts augmenter entre 1997-1998 et 1998-1999. Pour cette dernière, la croissance est due presque exclusivement aux injections d'argent dans les services à domicile. Par contre, en 1999-2000, on observe une croissance des dépenses brutes pour chacune des cinq missions ministérielles.

Depuis le début des années 1990, la part des dépenses relatives aux activités principales des établissements qui est consacrée aux services cliniques n'a cessé de croître ; en 1999-2000, elle atteignait 68 % du total. Entre 1993-1994 et 1998-1999, les dépenses consacrées au soutien (administration, fonctionnement, etc.) ont régressé de près de 10 %. Cependant, en 1999-2000, on note une croissance de 4,6 % par rapport à l'année précédente.

En 1999-2000, les activités principales des établissements nécessitent quelque 337,6 millions d'heures rémunérées (comprenant le salaire et les avantages sociaux), dont 77 % sont travaillées (comprenant uniquement le salaire). Près de 74 % des coûts directs bruts sont constitués de salaires et d'avantages sociaux.

Le coût des programmes administrés par la RAMQ a atteint près de 4,4 milliards de dollars en 1999-2000. Il s'agit d'une augmentation annuelle de 4,3 %, en moyenne, depuis 1990-1991. Le programme « Services médicaux » regroupe 62 % des coûts de la RAMQ, et près de 93 % de cette portion des coûts servent à la rémunération des médecins. Près de 86 % de la rémunération est effectuée sous le mode dit « à l'acte et à l'unité ». Le mode dit « à salaire » est en régression, alors que celui dit « à honoraires forfaitaires » est en forte hausse.

En 1999, un omnipraticien gagnait en moyenne 129 086 \$ annuellement, alors qu'un spécialiste recevait 184 489 \$.

Entre 1990-1991 et 1999-2000, les coûts du programme « Médicaments et services pharmaceutiques » ont plus que doublé. La création du régime d'assurance médicaments, en 1997, a évidemment beaucoup contribué à cette hausse. En 1999-2000, les coûts de ce programme dépassaient 1,3 milliard de dollars. Il faut noter qu'une partie du régime est financé à même les contributions monétaires des participants au Fonds de l'assurance médicaments.

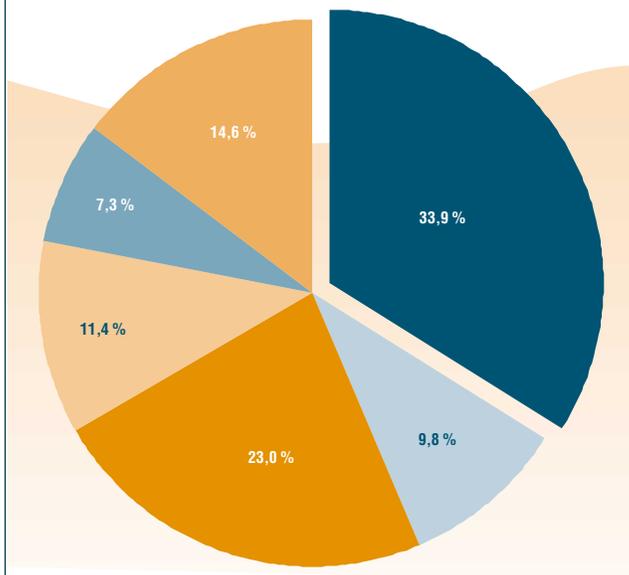
Enfin, alors que les coûts des programmes « Services dentaires » et « Services optométriques » diminuaient de façon significative en raison d'un resserrement des critères d'admissibilité, ceux du programme « Aides techniques » croissaient en moyenne de plus de 5 % par an.

DES CHIFFRES

Pour 2001-2002, le budget de dépenses du gouvernement québécois s'élève à plus de 49 milliards de dollars, dont 16,7 milliards, soit plus du tiers du total, sont consacrés à la mission Santé et services sociaux.

Figure
56

Répartition en pourcentage du **budget de dépenses du gouvernement québécois**, selon la grande mission, pour l'année financière 2001-2002



- Mission Santé et services sociaux = 16,7 MM\$
- Mission Soutien aux personnes et aux familles = 4,8 MM\$
- Mission Éducation et culture = 11,3 MM\$
- Mission Économie et environnement = 5,6 MM\$
- Mission Gouverne et justice = 3,6 MM\$
- Mission Paiement de la dette = 7,2 MM\$

MSSS, SDI, avril 2001.

Les dépenses par rapport à la richesse collective

De 1990-1991 à 2000-2001, la richesse collective du Québec, mesurée par son PIB, a augmenté de plus de 38 %, soit une augmentation annuelle moyenne de 3 %. Si l'on enlève l'effet inflationniste, l'augmentation atteint quand même près de 15 %, soit une augmentation annuelle moyenne de 1,3 %. En 2001-2002, on prévoit une augmentation de 4 % du PIB, lequel devrait atteindre près de 222 milliards de dollars.

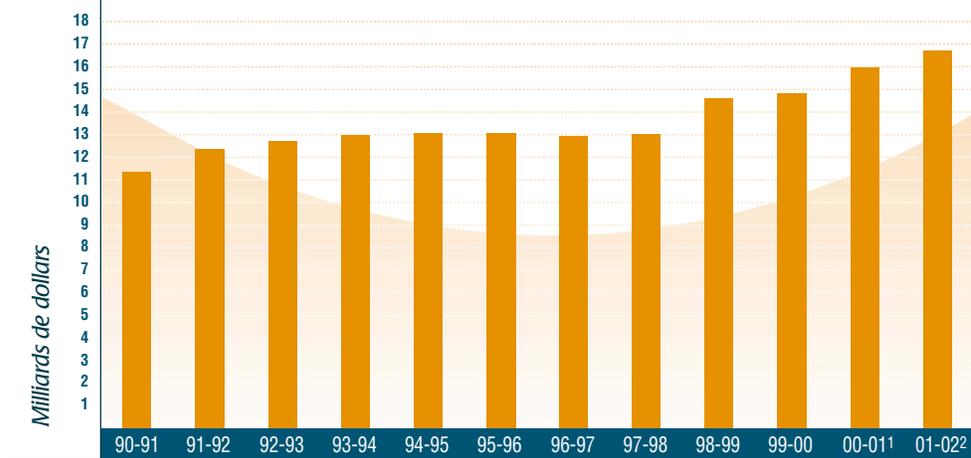
Les dépenses gouvernementales, quant à elles, après une hausse de 7 % en 1991-1992 montrent une augmentation totale d'un peu moins de 21 % pour la période couvrant les dix autres années, soit une hausse annuelle moyenne d'à peine 1,9 %. En termes réels (sans l'inflation), les dépenses gouvernementales sont passées de 39,6 milliards de dollars en 1990-1991 à

42,8 milliards de dollars en 2000-2001. Les dépenses gouvernementales représentaient 23,8 % du PIB québécois en 1990-1991 ; en 2000-2001, cette proportion s'établit à 22,4 %. En 2001-2002, elle devrait se situer également à plus de 22 %.

Les dépenses relatives à la mission Santé et services sociaux s'établissent à 33,5 % du total des dépenses gouvernementales en 2000-2001. Cette proportion était de 30,8 % en 1990-1991 et 32,6 % en 1999-2000 ; elle devrait atteindre 34 % en 2001-2002. En 2000-2001, les dépenses sociosanitaires se chiffrent à 16 milliards de dollars, soit 41 % de plus qu'en 1990-1991 ; elles représentent un montant de 2 169 \$ par personne. En 2001-2002, ces dépenses se chiffreront à plus de 16,7 milliards, soit 2 259 \$ par personne.

Figure
57

Dépenses budgétaires du gouvernement québécois consacrées à la mission Santé et services sociaux, 1990-1991 à 2001-2002



1. Il s'agit de dépenses probables.
2. Il s'agit du budget de dépenses.

MSSS, SDI, avril 2001.

En termes réels, les dépenses liées à la mission Santé et services sociaux n'ont pratiquement pas augmenté entre 1990-1991 et 1997-1998 mais, à partir de 1998-1999, on note un rattrapage important, en raison de l'injection de crédits supplémentaires. Ainsi, on observe une diminution des dépenses par personne de 7 % au total, entre 1991-1992 et 1997-1998. Cependant, entre 1997-1998 et 2001-2002, la hausse est significative se situant à 19 %.

Tableau
32

Produit intérieur brut, dépenses gouvernementales et montants consacrés à la mission

Santé et services sociaux,
\$ courants et \$ constants de 1992 (1992 = 100), au Québec,
1990-1991 à 2001-2002

Univers	Indicateur	90-91	91-92	92-93	93-94
PIB³	\$ courants (,000 000 \$)	154 359	156 257	157 794	162 447
	\$ par personne	21 986	22 111	22 179	22 668
	\$ constants (,000 000 \$)	166 335	160 924	157 794	159 732
	\$ par personne	23 692	22 772	22 179	22 289
Dépenses gouvernementales	\$ courants (,000 000 \$)	36 777	39 354	41 010	41 558
	\$ par personne	5 238	5 569	5 764	5 799
	% PIB	23,8	25,2	26,0	25,6
	\$ constants (,000 000 \$)	39 630	40 529	41 010	40 863
	\$ par personne	5 645	5 735	5 764	5 702
Mission SSS⁴	\$ courants (,000 000 \$)	11 312	12 342	12 698	12 943
	\$ par personne	1 611	1 746	1 785	1 806
	% PIB	7,3	7,9	8,0	8,0
	% Dép. totales	30,8	31,4	31,0	31,1
	\$ constants (,000 000 \$)	12 190	12 711	12 698	12 727
	\$ par personne	1 736	1 799	1 785	1 776
Population au 1^{er} juillet		7 020 720	7 066 891	7 114 467	7 166 405
Indice implicite de prix des soins de santé au Canada⁵		92,8	97,1	100,0	101,7

1. Il s'agit de dépenses probables.
2. Il s'agit du budget de dépenses.
3. Il s'agit du PIB au prix du marché ; en 2000-2001 et 2001-2002, il s'agit d'une estimation.
4. Les montants sont présentés sur la base de la structure budgétaire de 2001-2002, afin de conserver la comparabilité annuelle.
5. En 2000-2001 et 2001-2002, il s'agit d'une projection.

MSSS, SDI, avril 2001.

En 1990-1991, les dépenses pour la mission Santé et services sociaux s'élevaient à 7,3 % du PIB québécois. Elles ont même atteint 8 % en 1992-1993 et en 1993-1994. Cette proportion a diminué jusqu'à 6,9 % en 1997-1998 ; elle se situe à 7,5 % en 2000-2001 et en 2001-2002.

94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01 ¹	01-02 ²
171 049	178 580	180 559	187 235	193 281	202 425	213 316	221 751
23 730	24 659	24 823	25 640	26 394	27 558	28 937	29 967
165 585	171 382	171 797	175 973	179 362	185 726	191 286	196 043
22 972	23 665	23 618	24 097	24 493	25 285	25 949	26 493
42 830	42 781	41 152	42 317	44 588	45 455	47 687	49 172
5 942	5 907	5 657	5 795	6 089	6 188	6 469	6 645
25,0	24,0	22,8	22,6	23,1	22,5	22,4	22,2
41 462	41 057	39 155	39 772	41 377	41 705	42 762	43 471
5 752	5 669	5 383	5 446	5 650	5 678	5 801	5 875
13 070	13 045	12 922	12 990	14 596	14 829	15 989	16 715
1 813	1 801	1 776	1 779	1 993	2 019	2 169	2 259
7,6	7,3	7,2	6,9	7,6	7,3	7,5	7,5
30,5	30,5	31,4	30,7	32,7	32,6	33,5	34,0
12 652	12 519	12 295	12 209	13 545	13 606	14 338	14 777
1 755	1 729	1 690	1 672	1 850	1 852	1 945	1 997
7 208 163	7 241 867	7 273 993	7 302 550	7 322 994	7 345 395	7 371 765	7 399 931
103,3	104,2	105,1	106,4	107,8	109,0	111,5	113,1

Montants consacrés à la mission Santé et services sociaux, selon les éléments de la structure budgétaire 2001-2002, au Québec, 1990-1991 à 2001-2002

Programme budgétaire		90-91	91-92	92-93	93-94	94-95
1- Fonctions nationales	En milliers de \$	192 903	218 157	212 643	208 562	207 665
	Variation annuelle en %		13,09	-2,53	-1,92	-0,43
1.1 - Direction et gestion ministérielle	En milliers de \$	85 712	82 490	83 512	79 409	78 585
	Variation annuelle en %		-3,76	1,24	-4,91	-1,04
1.2 - Organismes-conseils	En milliers de \$	1 857	1 831	1 938	2 020	2 212
	Variation annuelle en %		-1,40	5,84	4,23	9,50
1.3 - Activités nationales	En milliers de \$	105 334	133 836	127 193	127 133	126 868
	Variation annuelle en %		27,06	-4,96	-0,05	-0,21
2- Fonctions régionales						
		8 459 722	9 186 485	9 464 682	9 601 253	9 617 048
			8,59	3,03	1,44	0,16
2.1 - Fonctionnement des régies régionales						
En milliers de \$		53 527	54 812	71 300	83 734	83 565
Variation annuelle en %			2,40	30,08	17,44	-0,20
2.2 - Fonctionnement des établissements						
En milliers de \$		7 531 186	8 121 451	8 434 524	8 504 692	8 491 270
Variation annuelle en %			7,84	3,85	0,83	-0,16
2.3 - Soutien aux organismes communautaires						
En milliers de \$		49 470	56 301	64 524	85 461	92 645
Variation annuelle en %			13,81	14,61	32,45	8,41
2.4 - Activités connexes						
En milliers de \$		609 412	710 645	641 266	638 056	647 715
Variation annuelle en %			16,61	-9,76	-0,50	1,51
2.5 - Service de la dette						
En milliers de \$		216 127	243 276	253 068	289 310	301 853
Variation annuelle en %			12,56	4,03	14,32	4,34
2.6 - Consolidation et développement des services sociosanitaires						
En milliers de \$						
3- OPHQ						
		40 753	38 301	40 216	38 449	39 636
			-6,02	5,00	-4,39	3,09
3.1 - Services aux personnes handicapées						
En milliers de \$		30 317	27 573	29 115	27 602	29 297
Variation annuelle en %			-9,05	5,59	-5,20	6,14
3.2 - Direction et administration						
En milliers de \$		10 436	10 728	11 101	10 847	10 339
Variation annuelle en %			2,80	3,48	-2,29	-4,68
4- Régie de l'assurance maladie du Québec						
		2 618 866	2 899 348	2 980 152	3 094 573	3 205 851
			10,71	2,79	3,84	3,60
4.1 - Services médicaux						
En milliers de \$		1 796 312	1 925 391	1 990 904	2 066 628	2 118 002
Variation annuelle en %			7,19	3,40	3,80	2,49
4.2 - Services optométriques						
En milliers de \$		52 872	60 186	43 415	27 014	25 340
Variation annuelle en %			13,83	-27,87	-37,78	-6,20
4.3 - Services dentaires						
En milliers de \$		106 843	130 134	109 280	115 131	115 598
Variation annuelle en %			21,80	-16,03	5,35	0,41
4.4 - Services pharmaceutiques et médicaments ³						
En milliers de \$		517 714	629 025	652 871	692 618	753 652
Variation annuelle en %			21,50	3,79	6,09	8,81
4.5 - Autres services						
En milliers de \$		80 478	87 711	104 187	121 197	124 531
Variation annuelle en %			8,99	18,78	16,33	2,75
4.6 - Administration						
En milliers de \$		64 647	66 901	79 495	71 985	68 728
Variation annuelle en %			3,49	18,82	-9,45	-4,52
Ensemble des programmes		11 312 244	12 342 291	12 697 693	12 942 837	13 070 200
			9,11	2,88	1,93	0,98

1. Il s'agit de dépenses probables. 2. Il s'agit du budget de dépenses.

3. Il s'agit uniquement des montants relatifs aux médicaments et aux services pharmaceutiques donnés aux personnes âgées et aux prestataires de l'assistance-emploi.

95-96	96-97	97-98	98-99	99-00 ¹	00-01 ¹	01-02 ²	V.A.M.(%)
202 781	166 433	160 429	160 350	162 366	205 795	231 294	
-2,35	-17,92	-3,61	-0,05	1,26	26,75	12,39	1,52
75 244	64 431	58 317	61 712	63 480	74 226	76 785	
-4,25	-14,37	-9,49	5,82	2,86	16,93	3,45	-0,91
2 792	2 427	2 775	2 653	3 137	3 888	3 989	
26,22	-13,07	14,34	-4,40	18,24	23,94	2,60	6,58
124 745	99 575	99 337	95 985	95 749	127 681	150 520	
-1,67	-20,18	-0,24	-3,37	-0,25	33,35	17,89	3,02
9 512 513	9 493 030	9 651 060	11 027 712	11 125 085	11 848 996	12 351 140	
-1,09	-0,20	1,66	14,26	0,88	6,51	4,24	3,20
82 312	87 607	90 790	88 153	87 121	89 474	93 994	
-1,50	6,43	3,63	-2,90	-1,17	2,70	5,05	4,80
8 346 439	8 203 043	8 026 571	8 132 077	8 894 005	9 828 408	10 105 266	
-1,71	-1,72	-2,15	1,31	9,37	10,51	2,82	2,48
100 670	145 431	177 968	197 151	198 219	216 358	236 077	
8,66	44,46	22,37	10,78	0,54	9,15	9,11	13,91
648 131	706 490	953 266	1 001 842	1 096 691	1 235 127	1 399 306	
0,06	9,00	34,93	5,10	9,47	12,62	13,29	7,17
334 961	350 459	402 465	401 289	433 367	479 629	516 497	
10,97	4,63	14,84	-0,29	7,99	10,67	7,69	7,53
			1 207 200	415 682			
47 553	44 612	43 716	42 795	34 115	44 891	47 256	
19,97	-6,18	-2,01	-2,11	-20,28	31,59	5,27	1,24
37 140	34 701	34 644	33 834	25 092	35 443	37 519	
26,77	-6,57	-0,16	-2,34	-25,84	41,25	5,86	1,79
10 413	9 911	9 072	8 961	9 023	9 448	9 737	
0,72	-4,82	-8,47	-1,22	0,69	4,71	3,06	-0,58
3 282 429	3 217 827	3 134 511	3 365 483	3 507 924	3 889 805	4 085 722	
2,39	-1,97	-2,59	7,37	4,23	10,89	5,04	3,78
2 121 833	2 219 622	2 158 743	2 293 162	2 281 230	2 560 096	2 586 700	
0,18	4,61	-2,74	6,23	-0,52	12,22	1,04	3,09
26 000	24 675	24 243	23 870	24 285	24 206	24 706	
2,60	-5,10	-1,75	-1,54	1,74	-0,33	2,07	-6,14
119 299	104 721	107 213	93 062	101 505	100 648	99 829	
3,20	-12,22	2,38	-13,20	9,07	-0,84	-0,81	-0,56
819 336	703 346	695 313	801 524	951 472	1 058 098	1 212 140	
8,72	-14,16	-1,14	15,28	18,71	11,21	14,56	7,35
129 121	97 315	78 473	82 112	87 125	86 147	97 563	
3,69	-24,63	-19,36	4,64	6,10	-1,12	13,25	1,62
66 840	68 148	70 526	71 753	62 307	60 610	64 784	
-2,75	1,96	3,49	1,74	-13,16	-2,72	6,89	0,02
13 045 276	12 921 902	12 989 716	14 596 340	14 829 490	15 989 487	16 715 412	
-0,19	-0,95	0,52	12,37	1,60	7,82	4,54	3,31

Les dépenses selon le programme

Le mot *programme* est un terme générique englobant de multiples réalités au sein de la mission Santé et services sociaux.

Il peut désigner aussi bien les programmes budgétaires présentés dans les Comptes publics et au Livre des crédits du Québec, les huit programmes-clientèles du Ministère, les programmes administrés par la RAMQ ou encore des programmes reliés à des problématiques particulières (ex. : programme de dépistage du cancer du sein).

LES PROGRAMMES BUDGÉTAIRES

Durant les années 1990, le programme « Fonctions nationales » a vu ses dépenses subir une baisse de 16 %, correspondant à une diminution annuelle moyenne de 1,7 %. Mais, en 2000-2001, on note une hausse de près de 27 % par rapport à l'année précédente et l'on prévoit une nouvelle hausse de 12 % en 2001-2002. Parmi les trois éléments de ce programme, c'est celui appelé Direction et gestion ministérielle qui a subi la baisse la plus importante, passant de 85,7 millions de dollars en 1990-1991 à 63,5 millions de dollars en 1999-2000, soit une diminution annuelle moyenne de près de 3 %. Notons cependant qu'après avoir atteint le plancher de 58,3 millions en 1997-1998, le montant attribué à cet élément de programme a connu des hausses successives de 5,8 % en 1998-1999 de 2,9 % en 1999-2000 et de 16,9 % en 2000-2001. On prévoit une hausse de 3,5 % en 2001-2002.

Le programme « Fonctions régionales » a, quant à lui, connu une augmentation de dépenses de l'ordre de 40 % entre 1990-1991 et 2000-2001 soit une hausse annuelle moyenne de 3 %. Parmi les éléments du programme, les dépenses relatives au fonctionnement des régies régionales ont augmenté de 67 %, la hausse annuelle moyenne étant de près de 4,8 %, alors que celles qui sont reliées au fonctionnement des établissements augmentaient d'un peu plus de 30 %. Durant la même période, on a assisté à une explosion des montants consacrés aux organismes communautaires, qui ont augmenté de plus de 337 %, ce qui donne une croissance annuelle moyenne de plus de 14 %. Au cours de cette décennie, les montants attribués au service de la dette ont plus que doublé, passant de 216 millions de dollars à 480 millions, soit une hausse annuelle moyenne de 7,5 %.

Le programme « OPHQ », quant à lui, a vu ses dépenses passer de 40,8 millions de dollars à 44,9 millions au cours de cette période, soit une hausse de 10,2 % ou moins de 1 % en moyenne sur une base annuelle. Alors que les montants consentis à l'élément « Services aux personnes handicapées » augmentaient de 17 %, ce qui équivaut à 1,4 % par année en moyenne, ceux qui sont liés à l'élément « Direction et administration » régressaient de 9,5 %, ou de 0,9 % par année, en moyenne.

Les dépenses relatives au programme « RAMQ⁶ » sont passées de 2,6 milliards de dollars en 1990-1991 à 3,9 milliards, en 2000-2001, soit une augmentation annuelle moyenne de 3,7 %. Les deux principaux éléments de programme — les « Services médicaux » et les « Services pharmaceutiques et médicaments » —, accaparent environ 93 % de l'ensemble des dépenses du programme « RAMQ ». En 2001-2002, les dépenses de la RAMQ dépasseront 4 milliards de dollars, soit 24,4 % de l'ensemble des dépenses de la mission Santé et services sociaux.

LES PROGRAMMES-CLIENTÈLES

Depuis le milieu des années 1990, on a divisé le domaine sociosanitaire en cinq champs d'activité, qui sont eux-mêmes subdivisés en huit programmes-clientèles. Cette opération a été effectuée afin de faciliter l'établissement de contours financiers dans le cadre de l'allocation budgétaire et d'établir une correspondance avec les concepts retenus dans la Politique de la santé et du bien-être.

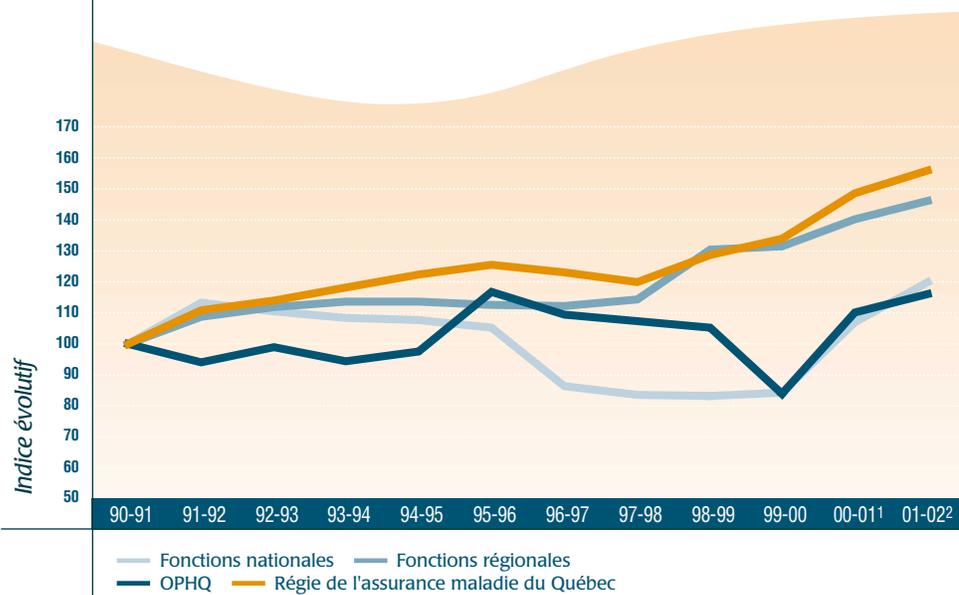
Les cinq champs d'activité sont les suivants : « Santé physique », « Santé mentale », « Santé publique », « Adaptation sociale » et « Intégration sociale ». Le champ d'activité « Adaptation sociale » inclut les programmes-clientèles « Jeunes et leur famille » ainsi que « Alcoolisme et toxicomanie », alors que le champ « Intégration sociale » regroupe les programmes-clientèles « Personnes âgées en perte d'autonomie », « Déficience intellectuelle » et « Déficience physique ». Pour les trois autres champs d'activité, il n'y a pas de subdivision, de sorte que le programme et le champ se confondent.

Les dépenses nettes relatives aux activités principales des établissements du réseau (la RAMQ est exclue), auxquelles on ajoute les subventions accordées aux organismes communautaires, ont atteint près de 10 milliards de dollars en 1999-2000, soit 6 % de plus qu'en 1993-1994 et 5,6 % de plus qu'en 1998-1999.

6. Certains montants ne sont pas comptabilisés au programme budgétaire RAMQ du portefeuille MSSS, même s'ils se rapportent à des programmes administrés par la RAMQ ; ces montants apparaissent cependant dans le *Rapport annuel* et dans les *Statistiques annuelles de la RAMQ*.

Figure
58

Évolution des dépenses gouvernementales consacrées à la mission Santé et services sociaux du Québec, selon le programme budgétaire, 1990-1991 à 2001-2002



— Fonctions nationales — Fonctions régionales
— OPHQ — Régie de l'assurance maladie du Québec

1. Il s'agit de dépenses probables.
2. Il s'agit du budget de dépenses.

MSSS, SDI, avril 2001.

Après avoir subi une baisse de 3 % entre 1993-1994 et 1998-1999, le programme « Santé physique », le plus important avec 46 % de l'ensemble des dépenses, a connu une hausse de 6,7 % en 1999-2000. Celui des « Personnes âgées en perte d'autonomie », le deuxième en importance avec 24 % du total, a diminué de 2,4 % entre 1993-1994 et 1998-1999 ; on note cependant une augmentation de 4 % en 1999-2000.

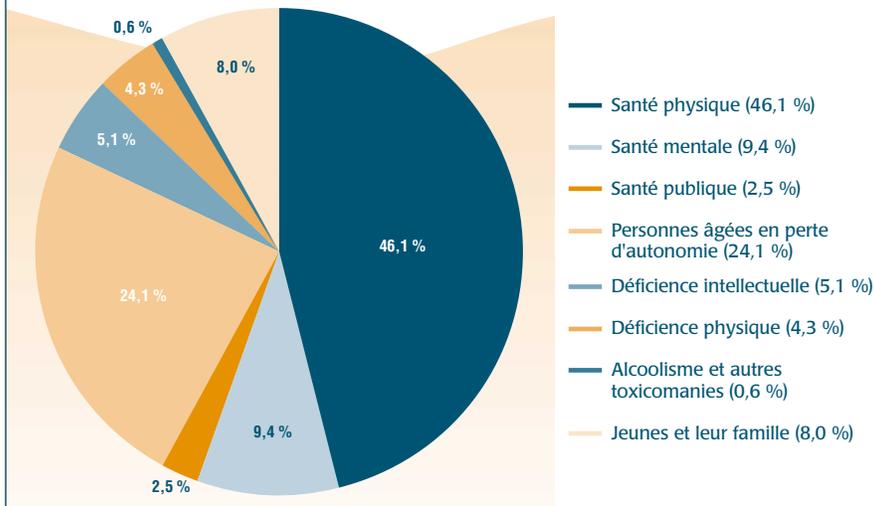
En 1998-1999, les programmes « Déficience intellectuelle » et « Jeunes et leur famille » ont vu leurs dépenses revenir à peu près à ce qu'elles étaient au début de la période observée mais, en 1999-2000, on remarque des hausses respectives de 4,3 % et 6 %. Il faut noter qu'à partir de 1997-1998, les dépenses du centre d'activité « Enseignement scolaire », pouvant aller jusqu'à 50 millions de dollars certaines années, sont exclues du contour financier du programme « Jeunes et leur famille ».

Pour la période allant de 1993-1994 à 1999-2000, on observe des hausses de dépenses pour les quatre autres programmes, qui sont de 14 % pour « Santé mentale », de 34 % pour « Déficience physique », de 36 % pour « Alcoolisme et toxicomanie » et de 30 % pour « Santé publique ». Toutefois, ces quatre programmes regroupent moins de 17 % de l'ensemble des dépenses. La répartition procentuelle des dépenses selon le programme-clientèle est demeurée sensiblement la même au cours de la période observée.

Figure
59

Répartition en pourcentage des dépenses nettes

effectuées en santé et en services sociaux,
selon le programme-clientèle, au Québec,
1999-2000



MSSS, SDI, avril 2001.

Tableau
34

Dépenses réelles nettes

effectuées en santé et en services sociaux,
selon le programme-clientèle, au Québec,
1993-1994 à 1999-2000

Programme-clientèle	93-94		94-95		95-96		96-97		97-98		98-99		99-00	
	En milliers \$	% du total												
Santé physique	4 416 377	46,94	4 434 659	46,87	4 400 022	46,72	4 141 671	44,55	4 095 930	44,61	4 281 721	45,43	4 567 504	45,88
Santé mentale	817 021	8,68	853 491	9,02	846 736	8,99	874 182	9,40	906 824	9,88	890 017	9,44	928 623	9,33
Santé publique	187 913	2,00	181 950	1,92	188 874	2,01	219 976	2,37	238 327	2,60	238 451	2,53	244 678	2,46
Personnes âgées en perte d'autonomie	2 355 053	25,03	2 285 725	24,16	2 283 167	24,24	2 356 816	25,35	2 318 535	25,25	2 297 760	24,38	2 388 027	23,99
Déficience intellectuelle	488 864	5,20	503 979	5,33	491 033	5,21	479 347	5,16	466 818	5,08	488 906	5,19	509 800	5,12
Déficience physique	317 853	3,38	340 424	3,60	341 349	3,62	358 331	3,85	361 477	3,94	385 495	4,09	425 495	4,27
Alcoolisme et autres toxicomanies	45 773	0,49	46 824	0,49	50 934	0,54	54 117	0,58	53 852	0,59	57 259	0,61	62 159	0,62
Jeunes et leur famille	751 660	7,99	785 527	8,30	784 926	8,33	778 216	8,37	705 910	7,69	747 172	7,93	791 774	7,95
Services aux femmes et aux conjoints en difficulté ¹	27 514	0,29	29 712	0,31	30 975	0,33	33 270	0,36	34 839	0,38	37 233	0,40	37 535	0,38
Ensemble des programmes	9 408 028	100	9 462 291	100	9 418 016	100	9 295 926	100	9 182 512	100	9 424 014	100	9 955 595	100

1. Les dépenses des organismes communautaires au titre des « Services aux femmes et aux conjoints en difficulté » appartiennent au champ d'activités « Adaptation sociale », mais ne peuvent être réparties selon les programmes-clientèles actuellement en vigueur au Ministère ; ces dépenses sont donc exclues des calculs de répartition par programme, mais comptabilisées au total.

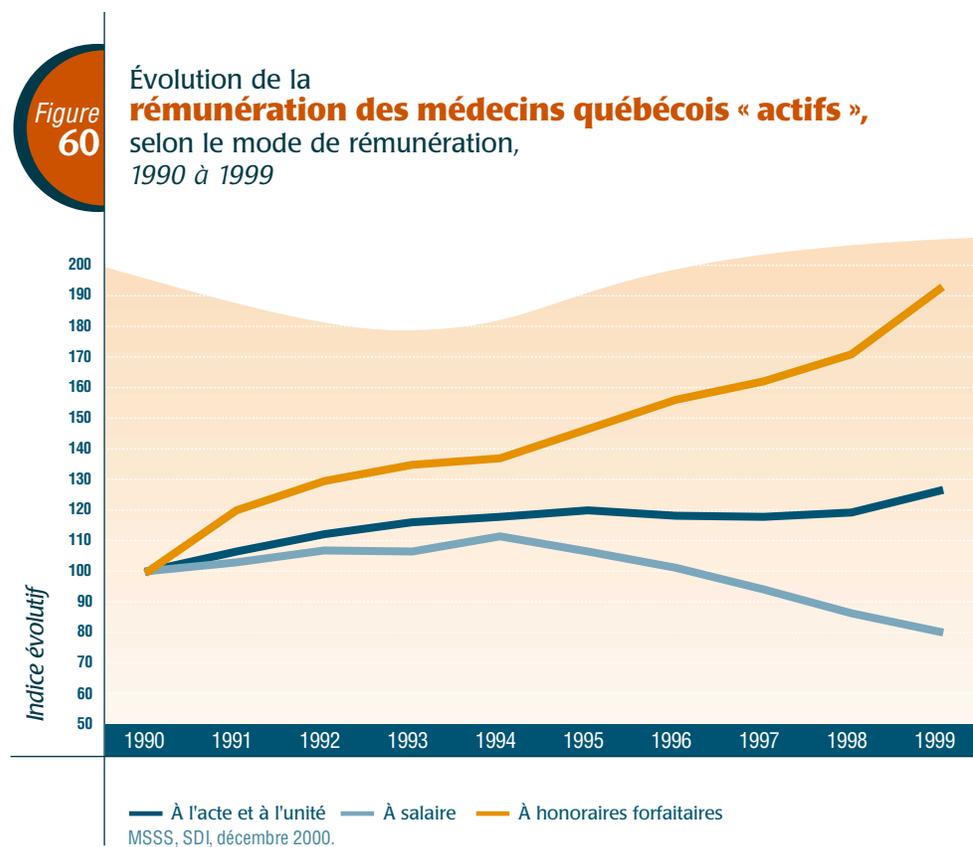
MSSS, SDI, avril 2001.

LES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RAMQ

En 1999-2000, le coût des programmes administrés par la RAMQ, incluant les frais d'administration de la Régie, ont atteint 4,3 milliards de dollars, ce qui est 52 % de plus qu'en 1990-1991. Il s'agit d'une augmentation annuelle moyenne de 4,3 %. Il faut noter, cependant, que cette augmentation est au deux tiers attribuable à la hausse des dépenses du programme « Médicaments et services pharmaceutiques » depuis l'entrée en vigueur du régime d'assurance médicaments, en 1996. Par ailleurs, en 1999-2000, les dépenses totales ont augmenté de près de 18 % par rapport à l'année précédente.

Le programme « Services médicaux », premier en importance avec 62 % de l'ensemble des coûts en 1999-2000, a vu ses dépenses augmenter de 42 % au cours de la période observée, pour atteindre

2,7 milliards de dollars. De ce montant, 2,2 milliards sont consacrés, en 1999, à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes. Il s'agit d'une augmentation de 21 % par rapport à 1990, ou 2,2 % en moyenne annuellement. En 1999, plus de 86 % de l'ensemble de la rémunération est effectuée sous le mode dit « à l'acte », ce qui représente 1,9 milliard de dollars, en 1999. La rémunération à salaire, avec moins de 3 % du total en 1999, est en régression depuis 1994. La rémunération à honoraires forfaitaires, c'est-à-dire la vacation et la rémunération mixte (à l'acte et à forfait quotidien), quant à elle, a connu une croissance de 92 % depuis 1990. Elle représente près de 11 % du total de la rémunération en 1999 ; dix ans plus tôt, cette proportion n'était que de 7 %. Il s'agit d'une croissance annuelle moyenne de près de 7 % pour ce mode de rémunération des médecins.



En 1990, la rémunération annuelle moyenne d'un omnipraticien se situait à 98 637 \$, soit 66 % de celle d'un spécialiste (150 323 \$). En 1999, un omnipraticien gagne, en moyenne, 129 086 \$, c'est-à-dire 70 % de la rémunération annuelle moyenne d'un spécialiste, qui est de 184 489 \$. Alors que la rémunération moyenne des omnipraticiens progressait de 31 % entre 1990 et 1999, celle des spécialistes suivait un rythme la moitié moins rapide, avec une hausse de 14 %, jusqu'en 1998. Par contre, en 1999, la rémunération moyenne des spécialistes a fait un bond de 7 % par rapport à l'année précédente.

Le programme « Médicaments et services pharmaceutiques » est le deuxième en importance parmi ceux qu'administre la RAMQ. En 1999-2000, il regroupe plus de 28 % des coûts totaux. Depuis 1990-1991, les coûts du programme ont plus que doublé, passant de 518 millions de dollars à plus de 1,2 milliard en 1999-2000. La création du régime d'assurance médicaments, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1997⁷, a considérablement contribué à cette hausse, comme en fait foi l'augmentation de près de 18 % en 1998-1999, et de plus de 19 % en 1999-2000. À ce moment, l'admissibilité s'est élargie à toutes les personnes non couvertes par une assurance privée (régime collectif), alors qu'auparavant seules les personnes âgées de 65 ans ou plus et les prestataires de l'assistance-emploi étaient assurés.

En fait, au cours de l'année financière se terminant le 31 mars 2000, des dépenses de 1 562,6 millions de dollars ont été encourues dans le cadre du Régime général d'assurance médicaments. Pour la même période, les contributions des personnes assurées s'élevaient à 332 millions, de sorte qu'en termes nets, le coût s'établissait à 1 230,6 millions.

Depuis le milieu des années 1990, les coûts du programme « Services dentaires » ont diminué en raison d'un resserrement des critères d'admissibilité. En 1995-1996, les coûts étaient de 120,5 millions de dollars ; en 1999-2000, ils sont de 97,2 millions.

Entre 1990-1991 et 1998-1999, le programme « Services hospitaliers hors Québec » a vu ses coûts diminuer à un rythme annuel moyen de 3,3 %, et ce, autant pour les services offerts hors du Québec à des résidents du Québec que pour ceux qui sont donnés au Québec à des résidents des autres provinces. Toutefois, en 1999-2000, la baisse n'est que de 0,7 %.

Durant cette décennie, les coûts du programme « Aides techniques » passaient de 45,8 millions de dollars à 75,6 millions, ce qui représente une augmentation annuelle moyenne de plus de 5 %.

Par contre, le programme « Services optométriques », en raison de changements importants dans la couverture à partir de 1993, suivait une tendance inverse, ses coûts diminuant de plus de 50 % ou de 6,9 % par année en moyenne.

Durant la période observée, les frais d'administration de la Régie sont passés de 69,2 millions de dollars à 94,7 millions. Cette hausse de 37 % équivaut à une croissance annuelle moyenne de 3,2 %.

7. Certaines dispositions du régime sont entrées en vigueur le 1^{er} août 1996.

Frais d'administration et coûts des programmes administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec, 1990-1991 à 1999-2000

Programme	Indicateur	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	V.A.M. ¹ (%)
Services médicaux ²	(,000 \$)	1 925 009	2 082 877	2 161 565	2 229 787	2 284 673	2 294 882	2 304 027	2 239 502	2 300 691	2 737 754	3,58
	Indice évolutif	100	108	112	116	119	119	120	116	120	142	
Médicaments et services pharmaceutiques ³	(,000 \$)	518 093	629 383	653 934	694 283	755 780	821 878	739 627	876 332	1 032 160	1 230 623	9,04
	Indice évolutif	100	121	126	134	146	159	143	169	199	238	
Services dentaires ⁴	(,000 \$)	116 411	140 836	110 384	116 189	116 792	120 542	106 694	109 087	94 502	97 153	-1,79
	Indice évolutif	100	121	95	100	100	104	92	94	81	83	
Services hospitaliers ⁵	(,000 \$)	127 021	133 337	124 231	113 571	119 035	112 485	99 064	94 372	93 567	94 196	-2,95
	Indice évolutif	100	105	98	89	94	89	78	74	74	74	
Aides techniques ⁶	(,000 \$)	45 835	47 876	71 378	89 828	93 596	88 738	87 677	68 256	71 733	75 610	5,13
	Indice évolutif	100	104	156	196	204	194	191	149	157	165	
Services optométriques ⁷	(,000 \$)	52 490	59 732	42 819	26 431	24 570	25 293	24 794	24 247	23 776	25 758	-6,87
	Indice évolutif	100	114	82	50	47	48	47	46	45	49	
Bourses ⁸	(,000 \$)	28 336	32 763	13 133	13 169	13 192	13 050	8 545	8 767	9 060	10 509	-9,44
	Indice évolutif	100	116	46	46	47	46	30	31	32	37	
Services d'aide domestique ⁹	(,000 \$)								3 410	8 023	19 890	
Frais d'administration ¹⁰	(,000 \$)	69 240	72 800	85 940	77 992	74 572	73 223	81 968	90 428	92 839	94 678	3,18
	Indice évolutif	100	105	124	113	108	106	118	131	134	137	
TOTAL¹¹	(,000 \$)	2 882 435	3 199 604	3 263 384	3 361 250	3 482 210	3 550 091	3 452 396	3 514 401	3 726 351	4 386 171	4,29
	Indice évolutif	100	111	113	117	121	123	120	122	129	152	

- Variation annuelle moyenne.
- Rémunération des omnipraticiens et des spécialistes.
- Instauration de l'assurance médicaments le 1^{er} août 1996.
- Désengagement progressif pour certaines clientèles.
- Services hospitaliers hors Québec.
- Prothèses et orthèses.
- Désengagement progressif pour certaines clientèles.
- Bourses d'études et de recherche.
- Exonération financière pour les services d'aide domestique instaurée en octobre 1996, administrée par la RAMQ depuis décembre 1997.
- En 1992-1993, des mesures spéciales ont nécessité un ajout de crédits de 12 M\$.
- Les recouvrements des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour des soins hospitaliers n'ont pas été soustraits (92,8 M\$ en 1998-1999 et 94,7 M\$ en 1999-2000).

MSSS, SDI, décembre 2000.

Les dépenses selon les missions du réseau

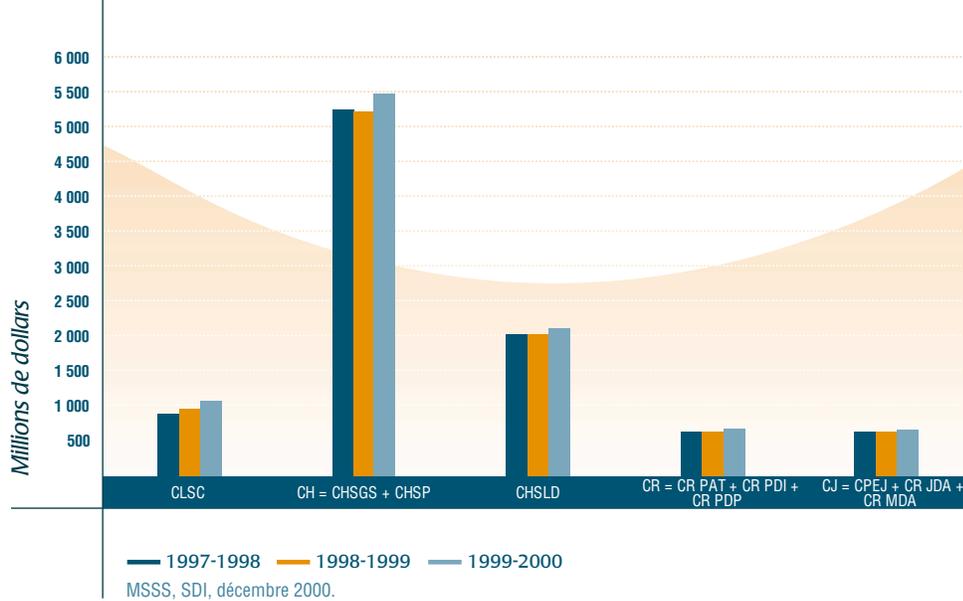
Les établissements du réseau sont regroupés sous cinq grandes missions : la mission CH — qui englobe les CHSGS et les CHSP —, la mission CLSC, la mission CHSLD, la mission CR, — où l'on trouve les CR PAT, les CR PDI et les CR PDP — ainsi que la mission CJ, constituée de l'amalgame des CPEJ, des CR JDA et des CR MDA.

La mission CH représente 55 % de l'ensemble des coûts directs bruts liés aux activités principales des établissements, en 1999-2000. La mission CHSLD suit, avec 21 %, alors que la mission CLSC équivaut à 10,6 % de cet ensemble. Les missions CR et CJ en

représentent 6,9 % et 6,7 % respectivement. De 1997-1998 à 1998-1999, seule la mission CLSC a connu une progression significative de sa part relative des coûts, qui est passée de 9,4 % à 10,1 % ; cette hausse s'explique par les injections d'argent dans les services de soutien (soins et aide) à domicile. Par contre, en 1999-2000, toutes les missions ont vu leurs dépenses augmenter. Celles de la mission CLSC ont augmenté de 10,5 %, celles de la mission CR, de 6,9 %, celles des CJ, de 5,4 %, celles de la mission CH, de 5,1 %, et celles de la mission CHSLD, de 3,1 %.

Figure
61

Coûts directs bruts liés aux activités principales des établissements sociosanitaires québécois, selon leur mission exclusive, 1997-1998 à 1999-2000

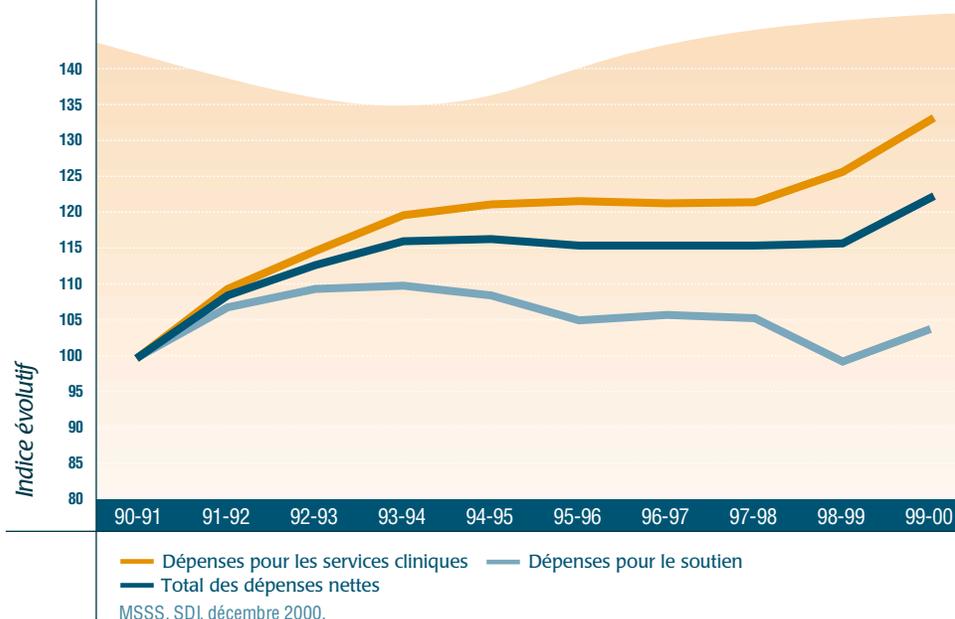


Les dépenses de « services cliniques » versus les dépenses de « soutien »

En 1990-1991, 62,5 % des dépenses nettes relatives aux activités principales des établissements étaient encourues pour des services directs aux usagers (services cliniques), le reste, soit 37,5 % était consacré au soutien à ces services (administration, fonctionnement, etc.). En 1999-2000, la part relative des dépenses pour les services directs atteint plus de 68 %. Ces dépenses ont suivi une progression annuelle moyenne de 2,9 % depuis 1990-1991, ce qui donne une augmentation de 33 % sur l'ensemble de la période observée. Pendant ce temps, les dépenses de « soutien » augmentaient de moins de 4 %. En fait, entre 1993-1994 et 1998-1999, les dépenses pour le soutien aux services ont régressé de 9,6 %. En 1999-2000, on observe par contre une hausse de l'ordre de 4,6 %.

Figure
62

Évolution des dépenses nettes du réseau des établissements sociosanitaires québécois, selon le champ d'application des dépenses, 1990-1991 à 1999-2000

Tableau
36

Répartition des dépenses nettes¹ du réseau des établissements sociosanitaires québécois, selon le champ d'application des dépenses, 1990-1991 à 1999-2000

Champ d'application	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
Total des champs	8 040 771	8 718 050	9 057 113	9 319 866	9 351 542	9 275 116	9 275 996	9 275 073	9 304 506	9 809 303
% champ	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Services	5 026 124	5 497 907	5 760 144	6 010 073	6 084 385	6 110 465	6 090 973	6 102 747	6 313 902	6 681 032
% champ	62,5	63,1	63,6	64,5	65,1	65,9	65,7	65,8	67,9	68,1
Administration	1 024 254	1 111 187	1 157 298	1 145 075	1 136 520	1 094 775	1 024 707	982 861	974 765	1 038 316
% champ	12,7	12,7	12,8	12,3	12,2	11,8	11,0	10,6	10,5	10,6
Fonctionnement	1 885 453	2 006 400	2 036 218	2 048 834	2 023 865	1 965 675	1 877 130	1 816 254	1 833 772	1 895 414
% champ	23,4	23,0	22,5	22,0	21,6	21,2	20,2	19,6	19,7	19,3
Recherche, formation et perfectionnement	64 031	65 037	64 769	64 359	59 118	56 692	62 060	30 411	14 338	14 405
% champ	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	0,3	0,2	0,1
Divers	40 909	37 519	38 684	51 525	47 654	47 509	221 126	342 800	167 729	180 136
% champ	0,5	0,4	0,4	0,6	0,5	0,5	2,4	3,7	1,8	1,8
Total du soutien²	3 014 647	3 220 143	3 296 969	3 309 793	3 267 157	3 164 651	3 185 023	3 172 326	2 990 604	3 128 271
% champ	37,5	36,9	36,4	35,5	34,9	34,1	34,3	34,2	32,1	31,9

1. Il s'agit de dépenses nettes, c'est-à-dire, en excluant les déductions et revenus réalisés par les établissements dans leurs activités principales, ainsi que l'ensemble des activités accessoires, des immobilisations et des charges non réparties par centre d'activités.

2. Il s'agit de la somme des dépenses d'administration, de fonctionnement, de recherche, formation et perfectionnement, ainsi que de la partie « divers ».

MSSS, SDI, décembre 2000.

Les activités principales des établissements

Les activités principales des établissements ont donné lieu à près de 338 millions d'heures rémunérées⁸ en 1999-2000. Au début des années 1990, elles en généraient plus de 347 millions. En 1990-1991, 79 % des heures rémunérées étaient constituées d'heures travaillées⁹ — il y en avait 274 millions — ; en 1999-2000, la proportion est de 77 % et on a comptabilisé 261 millions d'heures travaillées.

Au début de la période, les salaires et les avantages sociaux constituaient plus de 77 % des coûts directs bruts ; en 1999-2000, la proportion est de 74,1 %. En 1990-1991, le salaire horaire brut moyen (total des salaires et des avantages sociaux / nombre d'heures rémunérées) était de 18,21 \$; à la fin de la période observée, il est de 22,06 \$. Au total, une heure travaillée coûtait 29,89 \$ (total des coûts directs bruts / nombre d'heures travaillées) au début de la période à l'étude ; en 1999-2000, elle en coûte 38,47 \$.

Tableau 37

Évolution de certains indicateurs statistiques liés aux heures consacrées aux activités principales¹ des établissements du réseau sociosanitaire québécois, 1990-1991 à 1999-2000

Indicateur	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00
Nombre d'heures travaillées	274 037 023	277 296 620	278 144 091	278 157 023	274 415 708	267 702 849	258 039 673	250 527 819	252 140 071	261 235 218
Nombre d'heures rémunérées	347 428 720	352 360 436	354 531 360	351 940 772	349 416 982	342 680 598	335 134 642	324 906 201	324 364 271	337 615 820
Salaires et avantages sociaux (\$)	6 325 816 584	6 888 078 135	7 180 888 066	7 286 548 473	7 320 864 091	7 275 864 733	7 295 398 232	7 261 811 582	7 137 924 639	7 448 276 145
Coûts directs bruts (\$)	8 191 892 203	8 877 810 040	9 223 781 413	9 504 225 533	9 546 589 084	9 472 231 355	9 478 092 546	9 489 150 335	9 538 735 757	10 049 632 698
Ratio « Hres trav. / Hres rém. »	0,79	0,79	0,78	0,79	0,79	0,78	0,77	0,77	0,78	0,77
Sal. + av. soc. / coûts dir. bruts (%)	77,22	77,59	77,85	76,67	76,69	76,81	76,97	76,53	74,83	74,11
Sal. + av. soc. / Hres rém. (\$)	18,21	19,55	20,25	20,70	20,95	21,23	21,77	22,35	22,01	22,06
Coûts dir. bruts / Hres trav. (\$)	29,89	32,02	33,16	34,17	34,79	35,38	36,73	37,88	37,83	38,47

1. Les activités principales sont celles directement reliées à la ou aux missions que l'établissement doit normalement assumer ; les activités accessoires ou commerciales doivent, quant à elles, en principe, s'autofinancer.

MSSS, SDI, janvier 2001.

8. L'heure rémunérée comprend le salaire et les avantages sociaux.

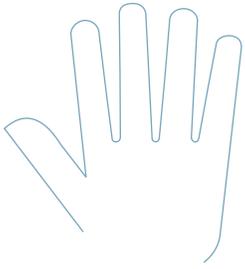
9. L'heure travaillée comprend uniquement le salaire.



La santé et le bien-être de la population: des résultats



- (La perception de l'état de santé
- (L'incapacité et la limitation d'activités
- (L'espérance de vie
- (La mortalité foëto-infantile
- (La mortalité générale
- (Les années potentielles de vie perdues
- (Les principaux problèmes de santé
- (La détresse psychologique
- (L'interruption volontaire de grossesse
- (Les habitudes de vie



LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION : DES RÉSULTATS

La finalité du système sociosanitaire est d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population, en faisant en sorte de réduire et de corriger les problèmes sociaux et de santé qui l'affligent. On doit donc considérer les ressources consacrées aux services sociosanitaires non seulement en fonction de leur disponibilité, de leur utilisation et de leur coût, mais également en fonction de l'amélioration ou non de l'état de santé et de bien-être, c'est-à-dire au regard des résultats obtenus.

En outre, une image chiffrée de l'état de santé et de bien-être de la population québécoise constitue le moyen privilégié de faire ressortir les points forts et les faiblesses du système de services, ce qui permettra, à terme, d'orienter les actions de façon cohérente, tant en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population qu'en vue de réduire les écarts entre les groupes qui composent cette population.

S'il est vrai que l'état de santé et de bien-être est en bonne partie lié à l'environnement physique, social et économique des personnes, la réduction des écarts, que ce soit entre les hommes et les femmes — pensons à la surmortalité des hommes — ou entre les milieux favorisés et défavorisés — malgré la gratuité universelle des services —, n'est réalisable qu'en agissant le plus près possible de la source des problèmes, de façon à rétablir ou, même, à établir les conditions et les habitudes de vie qui favorisent une meilleure santé et un bien-être accru.

Évidemment, l'efficacité des gestes est soumise à deux exigences. D'une part, il doit s'agir d'actions concertées avec les autres secteurs d'activité, en raison de leur influence sur l'état de santé et de bien-être de la population. D'autre part, il est essentiel que ces actions se produisent tôt dans la vie des personnes, là où se forment les assises du futur état de santé et de bien-être des gens.

Outre les écarts de santé et de bien-être qui existent au sein de la population, l'accélération du vieillissement exerce également une forte pression sur le système de services, tout comme le fait d'avoir à répondre aux besoins d'un nombre grandissant de personnes qui vivent une incapacité. Ainsi, est mise en exergue la nécessité de proposer aux gens des mesures pour les aider à accéder à une meilleure qualité de vie, d'abord en ajoutant des années à la vie et de la santé aux années, puis en réduisant la souffrance et les périodes d'incapacité, et en facilitant l'accès au transport et au loisir, bref, en améliorant les conditions de vie des aînés, des personnes qui vivent avec une incapacité et des personnes qui les aident. À cet égard, le système de santé et de bien-être doit également produire des résultats.

C'est, en bonne partie, à l'aide des renseignements contenus dans les trois enquêtes menées par la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), auprès des Québécoises et des Québécois en 1987, en 1992-1993 et en 1998 que nous avons pu livrer quelques chiffres quant à l'état de santé qui prévaut au sein de la population.

LA PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

L'auto-évaluation de l'état de santé, autrement dit la perception que chaque personne a des problèmes de santé qui l'affligent, constitue, selon les experts, un indicateur fort utile pour orienter les ressources disponibles vers les bonnes cibles.

La majeure partie de la population québécoise se considère en bonne santé, et cette évaluation est très liée à la scolarité, au niveau de revenu et au degré d'occupation.

DES CHIFFRES

Au Québec, en 1998, 89 % de la population (88 % des femmes et 90 % des hommes) évalue son état de santé de bon à excellent, et près d'une personne sur cinq le juge excellent. Si cette perception s'était améliorée entre 1987 et 1994, on note cependant un recul de 0,7 point en 1998, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes.

Quand on scinde la population âgée de 15 ans ou plus selon le groupe d'âge, on note que, pour les femmes, le recul s'est produit dans ceux de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans, alors que, pour les femmes âgées de 45 ans ou plus, on observe une amélioration de cette perception. Du côté des hommes, on constate une amélioration seulement pour ceux qui ont de 45 à 64 ans et les plus nets reculs, avec 1,2 point par rapport à 1994, pour ceux qui ont entre 15 et 24 ans ainsi que ceux qui ont 65 ans ou plus.

Tableau
38

Pourcentage de la
population québécoise âgée de 15 ans ou plus
qui considère ne pas avoir un bon état de santé, selon le sexe,
1987, 1993, 1994 et 1998

Sexe	Indicateur	87	93	94	98
Femmes	%	12,2	11,5	11,2	11,7
	Indice évolutif	100	94	92	96
Hommes	%	10,4	9,8	9,6	10,1
	Indice évolutif	100	94	92	97
Sexes réunis	%	11,4	10,7	10,4	11,1
	Indice évolutif	100	94	91	97

Note : Données tirées des enquêtes Santé-Québec 1987, 1992-1993 et 1998 de l'ISQ.
MSSS, SDI, septembre 2000.

Tableau
39

Pourcentage de la
population québécoise âgée de 15 ans ou plus
qui considère ne pas avoir un bon état de santé, selon le sexe et le groupe d'âge,
1992-1993 et 1998

Sexe	Groupe d'âge	92-93	98
Femmes	15 à 24 ans	6,8	7,6
	25 à 44 ans	7,0	7,2
	45 à 64 ans	14,3	13,3
	65 ans ou plus	24,4	22,9
Hommes	15 à 24 ans	4,9	6,1
	25 à 44 ans	6,6	7,0
	45 à 64 ans	13,7	12,6
	65 ans ou plus	21,1	22,3

Note : Données tirées des enquêtes Santé-Québec 1992-1993 et 1998 de l'ISQ.
MSSS, SDI, septembre 2000.

Tableau
40

Pourcentage de la
population québécoise âgée de 15 ans ou plus
qui considère ne pas avoir un bon état de santé,
selon certaines caractéristiques socioéconomiques,
1998

Caractéristique	Catégorie				
Scolarité relative	Plus faible	Faible	Moyenne	Élevée	Plus élevée
	17,6	12,5	8,8	9,9	7,7
Niveau de revenu	Très faible	Faible	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Supérieur
	22,9	19,2	11,9	7,2	6,6
Statut d'activités	Travail	Aux études	À la maison	À la retraite	Sans emploi
	5,3	7,5	15,1	23,4	33,3

Note : Données tirée de l'enquête Santé-Québec 1998 de l'ISQ.
MSSS, SDI, septembre 2000.

Enfin, quand on divise la population âgée de 15 ans ou plus en cohortes basées sur certaines caractéristiques socioéconomiques, là encore les chiffres parlent clairement. Ainsi, plus les gens ont un niveau de scolarité élevé, plus ils se disent en bonne santé ; plus leur niveau de revenu est faible, plus ils se perçoivent en mauvaise santé et, moins ils sont occupés, moins leur santé leur paraît bonne.

L'INCAPACITÉ ET LA LIMITATION D'ACTIVITÉS

On définit les journées d'incapacité comme étant le nombre moyen de journées pendant lesquelles une personne subit des pertes d'autonomie fonctionnelle liées à des problèmes de santé, qu'ils soient de courte ou de longue durée.

Le nombre de journées d'incapacité est plus élevé pour les femmes que pour les hommes. En général, ce nombre diminue quand le niveau de revenu augmente, alors qu'il augmente avec la diminution des activités.

La limitation des activités causée par un problème de santé ou une maladie chronique, d'ordre physique ou mental, qui restreint la personne quant au type ou au volume d'activités qu'elle peut réaliser est également une bonne mesure du degré d'incapacité au sein d'une population donnée. Au total, plus de 9 % de la population du Québec a été affectée par une limitation d'activités en 1998. Le taux est plus élevé pour les femmes que pour les hommes, et l'écart s'accroît.

DES CHIFFRES

En 1998, chaque Québécoise et chaque Québécois a vécu en moyenne 15 journées d'incapacité. Évidemment, le nombre de jours d'incapacité croît avec l'âge, surtout à partir de 75 ans. Sauf dans les groupes d'âge formés des personnes de 14 ans ou moins et des personnes de 65 à 74 ans, les femmes montrent un nombre de jours d'incapacité nettement supérieur à celui des hommes, et ce, particulièrement dans le groupe de personnes âgé de 75 ans ou plus, avec 10,5 jours ou 23 % de plus.

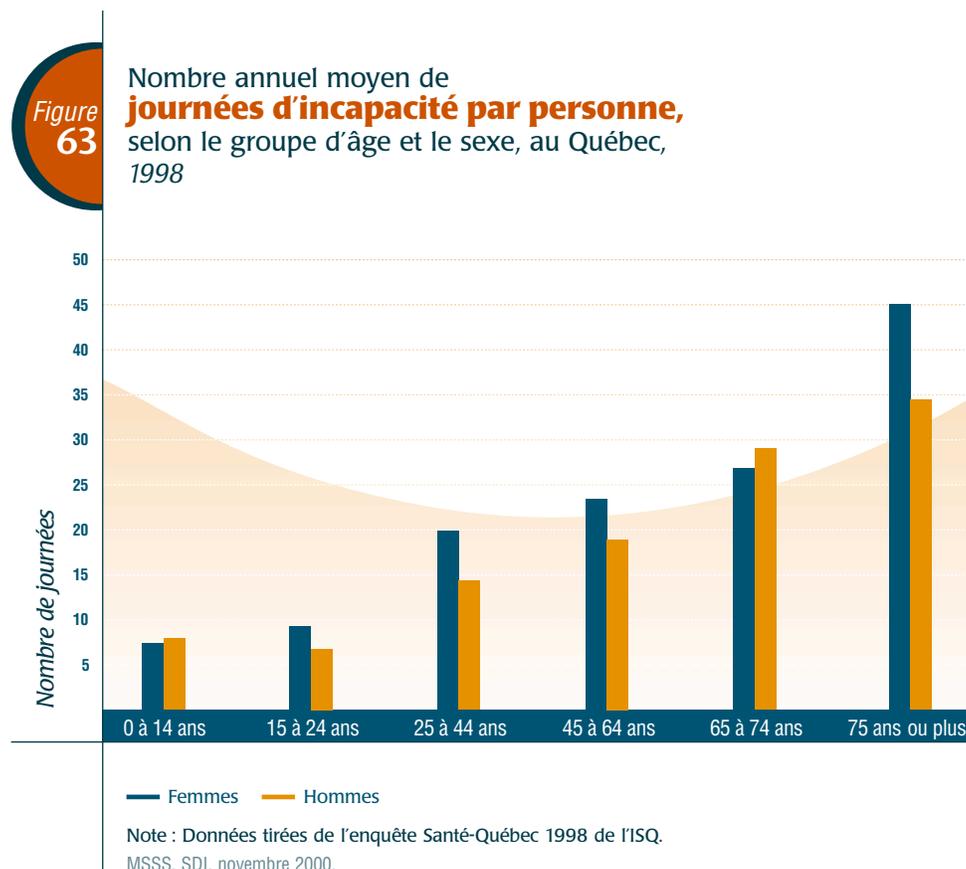


Tableau
41

Nombre annuel moyen de **journées d'incapacité par personne âgée de 15 ans ou plus**, selon certaines caractéristiques socioéconomiques, au Québec, 1998

Caractéristique	Catégorie				
	Très faible	Faible	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Supérieur
Niveau de revenu	29,4	23,2	17,0	13,2	11,7
Statut d'activités	Travail	Aux études	À la maison	À la retraite	Sans emploi
	11,6	8,2	23,4	31,6	72,6

Note : Données tirées de l'enquête Santé-Québec 1998 de l'ISQ.
MSSS, SDI, septembre 2000.

Tableau
42

Taux de **limitation d'activités parmi la population en ménage privé**, selon le sexe et le groupe d'âge, au Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Catégorie		87	92-93	98
Sexe	Femmes	7,6	8,0	10,4
	Hommes	7,1	6,4	8,2
	Sexes réunis	7,4	7,2	9,3
Groupe d'âge	14 ans ou moins	3,1	2,2	2,3
	15 à 24 ans	3,1	3,6	4,0
	25 à 44 ans	5,3	6,1	7,4
	45 à 64 ans	13,4	10,2	14,0
	65 à 74 ans	16,8	17,2	20,3
	75 ans ou plus	21,7	22,7	26,7
	Tous âges	7,4	7,2	9,3

Note : Données tirées des enquêtes Santé-Québec 1987, 1992-1993 et 1998 de l'ISQ.
MSSS, SDI, septembre 2000.

Tableau
43

Répartition en pourcentage des **limitations d'activités parmi la population en ménage privé**, selon la cause, au Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

Cause de limitation d'activités	87	92-93	98
Maladies mentales	5,6	6,0	8,3
Maladies respiratoires	7,6	12,9	10,7
Accidents	10,3	7,3	8,2
Maladies cardiovasculaires	15,9	13,1	13,7
Problèmes ostéo-articulaires	24,0	26,5	26,8
Autres	36,6	34,2	32,3
Total	100,0	100,0	100,0

Note : Données tirées des enquêtes Santé-Québec 1987, 1992-1993 et 1998 de l'ISQ.
MSSS, SDI, septembre 2000.

Par ailleurs, on constate que le nombre de journées d'incapacité diminue à mesure que le niveau de revenu augmente. De plus, le nombre de journées d'incapacité varie sensiblement selon le statut d'activités. Ainsi, le nombre de journées d'incapacité est quatre fois plus élevé pour les retraités que pour les étudiants, et six fois plus élevé chez les gens sans emploi que chez les personnes qui occupent un emploi.

En 1998, au Québec, on estime à 9,3 % la proportion de gens de tous âges affectés par des limitations d'activités pour des raisons de santé. Il s'agit là d'une augmentation sensible par rapport à 1992-1993, alors que la proportion était de 7,2 %. Il faut remarquer que le taux de limitation d'activités des femmes est nettement plus élevé que celui des hommes, et cet écart va en augmentant.

Évidemment, le taux de limitation d'activités augmente avec l'âge. Pour les personnes âgées de 14 ans ou moins, le taux a régressé entre 1987 et 1992-1993 ; il est demeuré relativement stable depuis. Pour celles qui ont de 45 à 64 ans, le taux, après avoir connu une baisse entre 1987 et 1992-1993, a monté en 1998. Pour les autres groupes d'âge, l'augmentation du taux est continue durant toute la période.

Parmi les causes de limitation d'activités, les maladies mentales et les problèmes respiratoires sont en hausse depuis 1992-1993, alors que les accidents, les maladies cardiovasculaires et les problèmes ostéo-articulaires sont demeurés relativement stables.

L'ESPÉRANCE DE VIE

En 1998, à la naissance, l'espérance de vie des femmes dépasse 81 ans, alors que celle des hommes est de plus de 75 ans. Avec le temps, l'écart entre les deux sexes s'amenuise, sauf quand on regarde l'espérance de vie à 65 ans. De plus, les conditions défavorables sur les plans matériel et social ont un effet plus prononcé sur l'espérance de vie des hommes que sur celle des femmes.

DES CHIFFRES

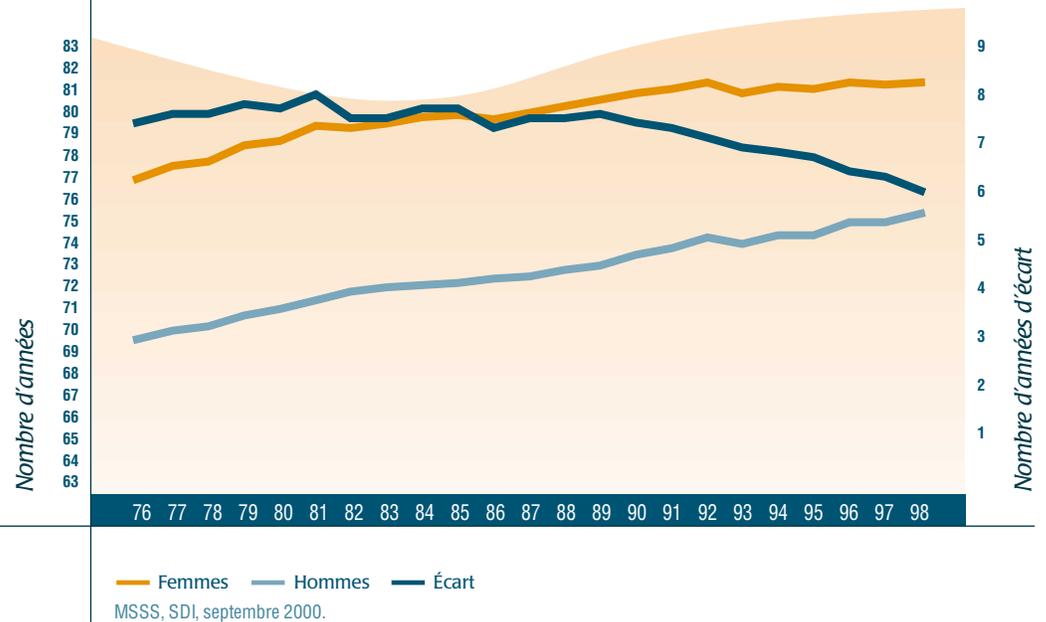
Au Québec, l'espérance de vie à la naissance a sensiblement progressé depuis les vingt dernières années, augmentant de 5,4 ans pour les hommes et de 4,3 ans pour les femmes. Ainsi, en 1998, à la naissance, l'espérance de vie atteint 81,3 ans pour les Québécoises, alors que celle des Québécois se situe à 75,3 ans, l'écart étant de 6 ans.

L'écart entre l'espérance de vie à la naissance des femmes et celle des hommes est demeuré relativement stable jusqu'en 1989, sauf en 1981, où il a atteint un sommet de 8 ans. Mais, depuis le début des années 1990, l'écart s'amenuise constamment, et ce, de façon significative, soit 1,6 année depuis 1989.

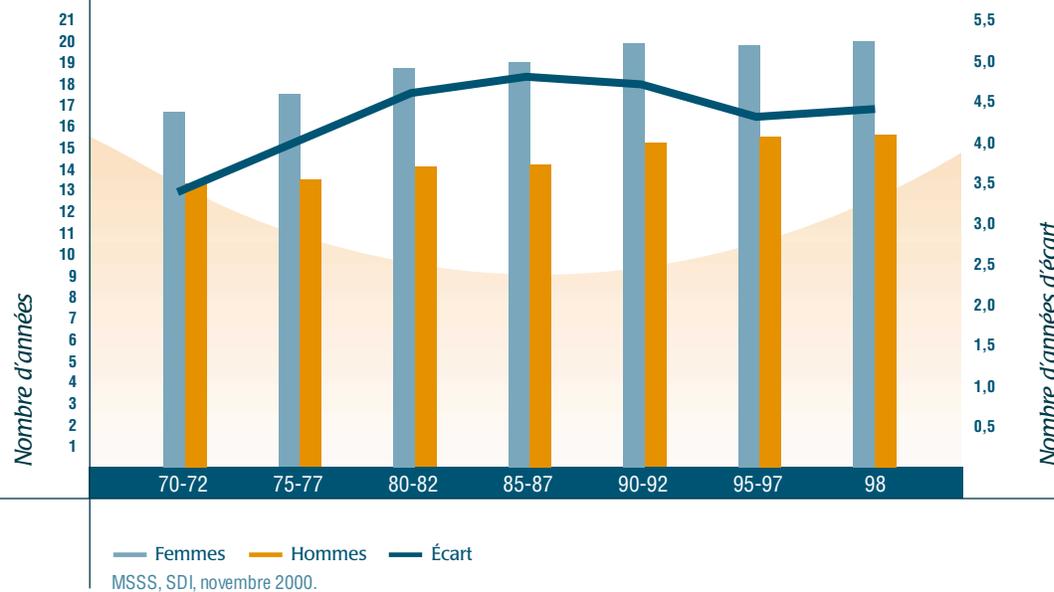
Par contre, sur le plan de l'espérance de vie à 65 ans, l'écart entre les hommes et les femmes s'accroît. En effet, même si l'espérance de vie à 65 ans s'améliore pour les deux sexes, cette amélioration a été plus rapide, du moins jusqu'au milieu des années 1980, pour les femmes. Depuis, l'écart semble s'être stabilisé. Ainsi, en 1998, l'espérance de vie à 65 ans est de 20 ans pour les femmes et de 15,6 ans pour les hommes ; au début des années 1970, elle était, respectivement, de 16,7 ans et 13,3 ans.

Figure
64**Espérance de vie à la naissance**

au sein de la population québécoise,
selon le sexe, et écart entre les femmes et les hommes,
1976 à 1998

Figure
65**Espérance de vie à 65 ans**

au sein de la population québécoise,
selon le sexe,
1970-1972 à 1998



Si l'on considère uniquement la population résidant à domicile, en 1997, l'espérance de vie à la naissance des Québécoises atteint 83,7 ans et celle des Québécois, 75,8 ans, soit une espérance moyenne de presque 79,8 ans pour l'ensemble de la population.

Quand on répartit cette population selon le type et le quintile de défavorisation, des écarts apparaissent. Les conditions défavorables sur le plan matériel influencent à la baisse l'espérance de vie des femmes, alors que celles sur le plan social semblent n'avoir aucun effet. Dans le cas des hommes, la défavorisation matérielle fait également baisser l'espérance de vie, alors que la défavorisation sociale a le même effet seulement pour les deux derniers quintiles.

Si l'on combine les effets des deux types de défavorisation, on note un écart plutôt faible entre l'espérance de vie à la naissance des femmes favorisées (quintile 1) et celle des femmes défavorisées (quintile 5), qui sont de 83,7 ans et 81,1 ans respectivement. Du côté des hommes, l'écart est beaucoup plus large puisque l'espérance de vie est de 79,7 ans pour ceux qui sont favorisés comparativement à 71 ans pour ceux qui sont défavorisés.

Tableau
44

Espérance de vie à la naissance

au sein de la population résidant à domicile, selon le type et le quintile de défavorisation, au Québec, 1997 (en années)

Type de défavorisation	Sexe	Quintile de défavorisation ¹				
		1	2	3	4	5
Matérielle	Femmes	84,9	84,0	83,7	83,6	82,5
	Hommes	78,5	76,4	75,5	75,3	73,7
	Sexes réunis	81,9	80,4	79,7	79,5	77,9
Sociale	Femmes	82,0	83,6	84,6	84,2	82,9
	Hommes	76,5	76,7	76,5	75,8	73,4
	Sexes réunis	79,0	80,0	80,7	80,2	78,4
Matérielle et sociale	Femmes	83,7	n.d.	n.d.	n.d.	81,1
	Hommes	79,7	n.d.	n.d.	n.d.	71,0

1. Quintile 1 = favorisé ; quintile 5 = défavorisé.

MSSS, SDI, septembre 2000.

LA MORTALITÉ FŒTO-INFANTILE

La mortalité fœto-infantile regroupe trois catégories, principalement liées à la précocité du décès. Ainsi, on parle de mortinatalité lorsqu'il n'y a absolument aucun signe de vie à la naissance, de mortalité périnatale, qui inclut les mortinaissances et les décès infantiles de moins de 7 jours, et de mortalité infantile, qui désigne les décès à moins de 1 an d'enfants nés vivants.

La mortinatalité est mesurée par le rapport entre le nombre de mortinaissances (fœtus pesant 500 grammes ou plus) et la somme des naissances vivantes et des mortinaissances. On mesure la mortalité périnatale en établissant le rapport entre la somme des mortinaissances et des décès d'enfants âgés de moins de 7 jours, et le total des naissances vivantes et des mortinaissances.

Pour mesurer la mortalité infantile sur une période donnée, on établit le rapport entre le nombre de décès d'enfants âgés de moins de 1 an et le nombre de naissances vivantes enregistrées durant cette période. La mortalité infantile peut être divisée en trois sous-catégories : néonatale précoce (moins de 7 jours), néonatale tardive (de 7 à 27 jours) et postnéonatale (28 jours ou plus).

Depuis vingt ans, tous les indicateurs de mortalité fœto-infantile, qu'il s'agisse de la mortinatalité, de la mortalité périnatale ou de la mortalité infantile, ont pratiquement été divisés par deux, et même plus, quand il s'agit de la mortalité postnéonatale. Il faut cependant noter que la mortalité infantile est plus élevée pour les garçons que pour les filles, mais que l'écart s'est considérablement réduit depuis le début des années 1970.

DES CHIFFRES

En 1976, le Québec comptait 769 mortinaissances, dont 73 % survenues après 28 semaines de gestation. En 1998, on en a enregistré 320, dont 69 % après 28 semaines de gestation. Ainsi, durant cette période, le taux de mortinatalité est passé de 7,8‰ à 4,2‰, connaissant une baisse de plus de 46 %.

Si l'on ajoute aux mortinaissances les décès infantiles de moins de 7 jours, on obtient un taux de mortalité périnatale de 7,4‰, en 1998. Vingt-deux ans plus tôt, la mortalité périnatale était deux fois plus élevée, se situant à 14,2‰.

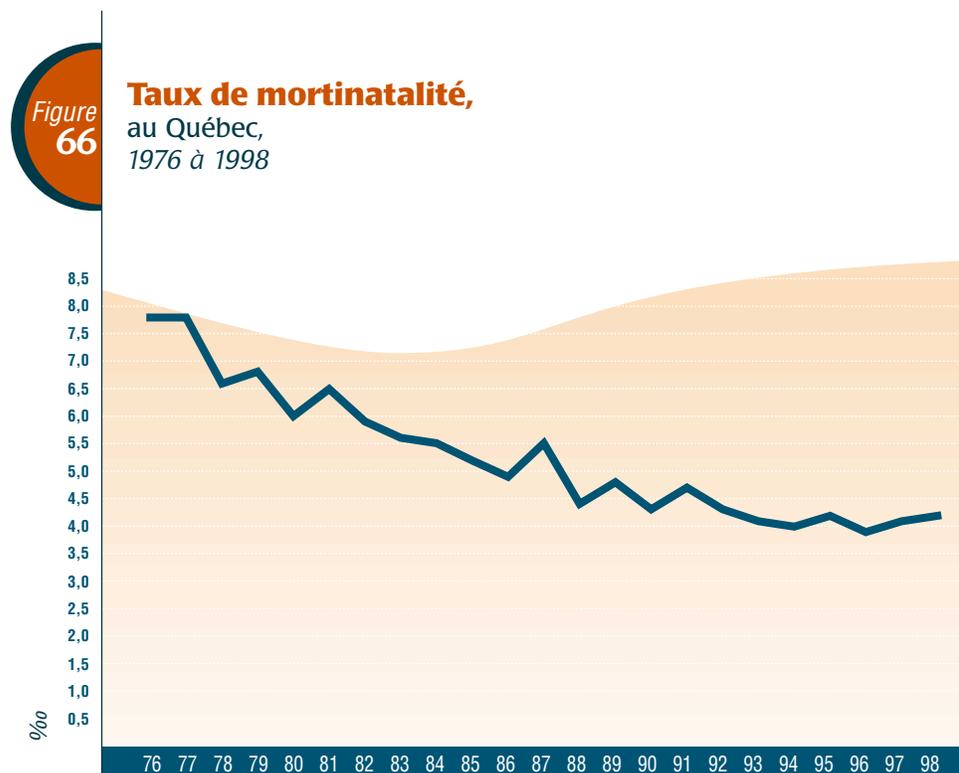
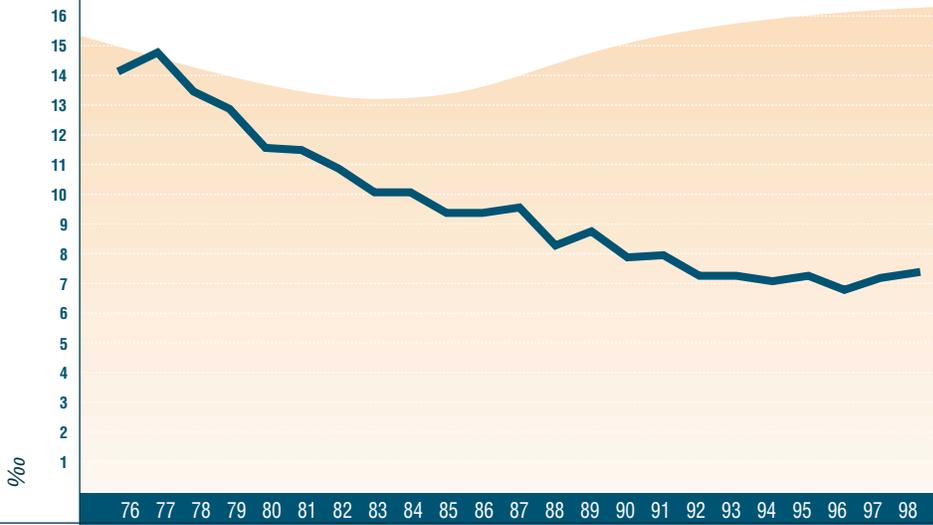


Figure
67

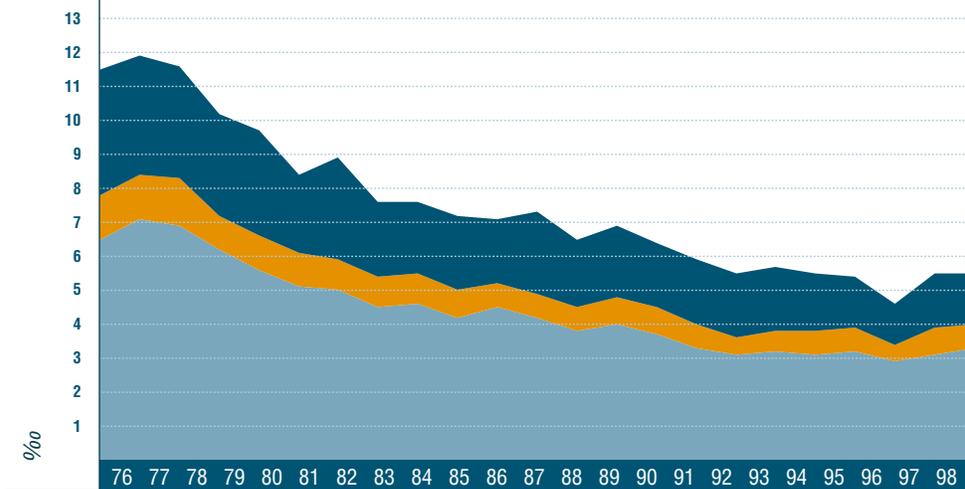
Taux de mortalité périnatale, au Québec, 1976 à 1998



MSSS, SDI, Septembre 2000.

Figure
68

Taux de mortalité infantile, selon la catégorie, au Québec, 1976 à 1998

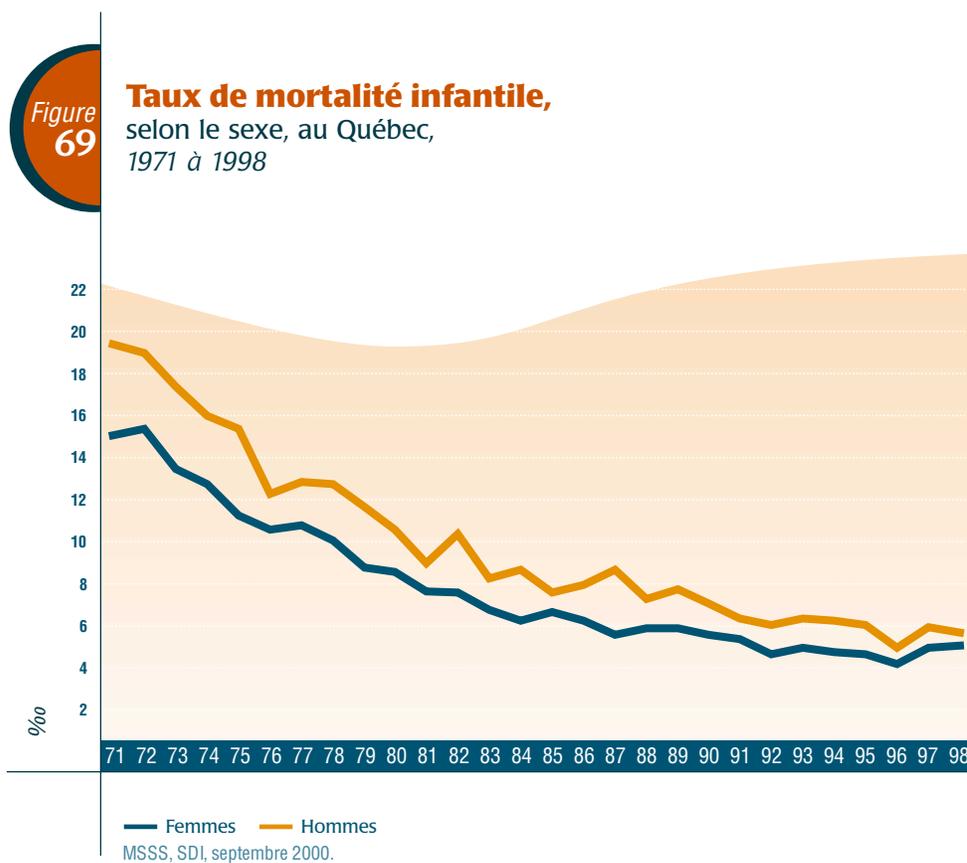


— Néonatale précoce — Néonatale tardive — Postnéonatale

MSSS, SDI, Septembre 2000.

En 1976, le Québec déplorait 1 125 décès infantiles, dont 68 % ayant eu lieu avant l'âge de 28 jours. En 1998, on en compte 413, dont 72 % s'étant produites avant 28 jours. Le taux de mortalité infantile est donc passé de 11,5 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1976 à 5,5 ‰ en 1998, ce qui correspond à une réduction de plus de 52 %. Si l'on répartit la mortalité infantile selon les catégories établies d'après le nombre de jours de vie, on constate une réduction de 6,5 ‰ à 3,3 ‰ du taux de mortalité néonatale précoce, équivalant à une baisse de 49 %, une baisse de 1,3 ‰ à 0,7 ‰ du taux de mortalité néonatale tardive, équivalant à une baisse de 46 % et une réduction de 3,7 ‰ à 1,5 ‰ du taux de mortalité postnéonatale, équivalant à une baisse de 59,5 %.

Par ailleurs, il faut noter que la mortalité infantile est plus élevée pour les garçons que pour les filles. En effet, en 1971, le taux de mortalité infantile s'élevait à 19,4 ‰, pour les garçons et à 15,1 ‰, pour les filles. Cependant, depuis ce temps, l'écart a été sensiblement réduit ; en 1998, le taux de mortalité infantile se situe à 5,7 ‰ pour les garçons, et à 5,1 ‰ pour les filles.



LA MORTALITÉ GÉNÉRALE

Après une période de trente ans où la mortalité générale brute était en baisse, le Québec connaît, depuis le début des années 1980, une augmentation du taux brut de mortalité.

Par contre, en plus d'augmenter, la population vieillit, alors que l'espérance de vie est en hausse. Donc, pour avoir une meilleure idée de l'évolution de la mortalité, il convient d'ajuster les taux de mortalité en fonction d'une population de référence. Ici, la base retenue est la population du Québec observée en juillet 1996.

Ainsi, la mortalité générale ajustée a sensiblement régressé depuis le milieu des années 1970, passant de 1 017 décès pour 100 000 personnes en 1976 à un peu plus de 719 décès pour 100 000 personnes en 1998. De plus, on constate qu'il existe un écart important entre les taux ajustés de mortalité masculin et féminin, en faveur des femmes, mais que cet écart se rétrécit avec le temps. Seuls les enfants âgés de 1 à 4 ans montrent des taux ajustés de mortalité identiques pour les deux sexes.

Depuis vingt ans, la mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire est en régression, mais ces maladies demeurent quand même la première cause de mortalité au Québec. La deuxième cause en importance, les tumeurs malignes, engendrent un taux ajusté de mortalité qui se stabilise depuis la fin des années 1980. Seules les maladies de l'appareil respiratoire montrent un taux à la hausse.

En 1998, la mortalité due aux tumeurs malignes s'approche beaucoup de celle qui est reliée aux maladies de l'appareil circulatoire. Pour les hommes, les taux ajustés de mortalité due aux principaux cancers sont soit en régression, soit stabilisés. Par contre, pour les femmes, le taux ajusté de mortalité due au cancer de la trachée, des bronches et du poumon est en hausse constante. Au début des années 1990, il a même dépassé celui du cancer du sein.

Pour ce qui est des causes de mortalité dites « de société » — le sida, l'alcoolisme et la cirrhose ainsi que les accidents de véhicule à moteur —, elles montrent toutes un taux ajusté de mortalité en régression, alors que pour le diabète sucré, le taux est stable. Par ailleurs, depuis dix ans, le taux ajusté de mortalité due au suicide est en forte augmentation.

DES CHIFFRES

La population augmente et le nombre de décès augmente. Si la population augmente plus rapidement que le nombre de décès, alors le taux brut de mortalité diminue ; c'est ce que l'on observait, au Québec, entre 1951 et 1981, où le taux brut de mortalité pour 1 000 personnes est passé de 8,6 à 6,5. Évidemment, si la situation est inversée, le taux brut augmente. C'est ce qu'on voit au Québec depuis 1981 ; le taux brut de mortalité y atteignait, en 1999, 7,4 décès pour 1 000 personnes.

Le taux ajusté de mortalité

On sait que la population vieillit, mais le risque de décès avant d'atteindre 70 ans, lui, diminue, comme le traduit la hausse observée de l'espérance de vie. Par conséquent, la meilleure façon de mesurer les risques de décès et d'en visualiser les tendances est de calculer un taux ajusté — on dit également comparatif ou standardisé — de mortalité, ce qui annule l'effet du vieillissement de la population. Les taux ajustés présentés ici ont été calculés sur la base de la population du Québec observée en juillet 1996.

Depuis le milieu des années 1970, le taux ajusté de mortalité au sein de la population québécoise a régressé de plus de 29 %. En 1998, il atteint 719,4 décès pour 100 000 personnes.

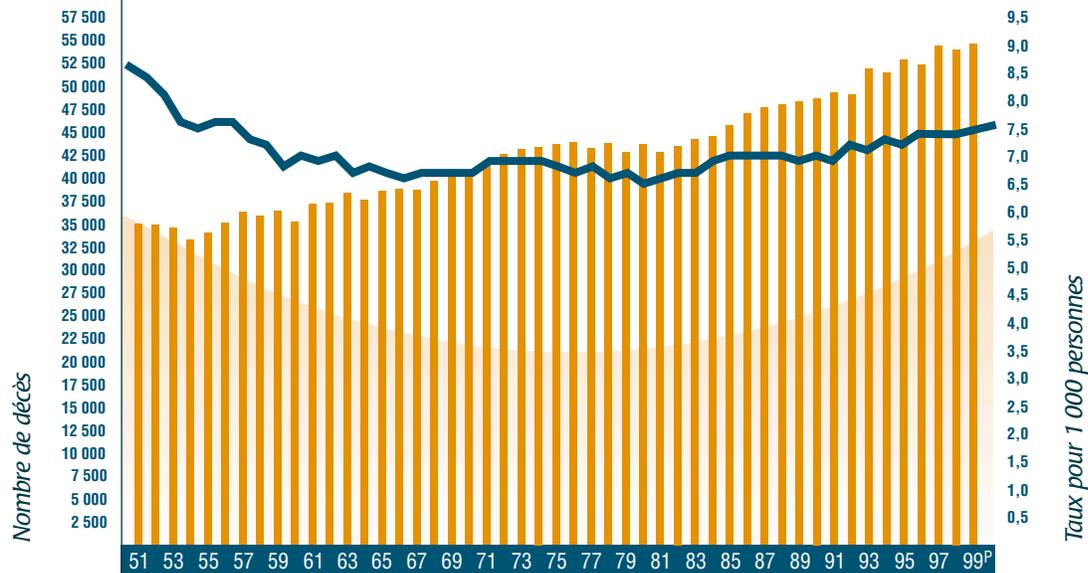
La mortalité selon le sexe et l'âge

En ce qui concerne la mortalité selon le sexe et l'âge, il subsiste un écart important entre les femmes et les hommes, bien que celui-ci diminue au fil des années. En 1976, les femmes montraient un taux ajusté de mortalité de 7,8‰, et les hommes, un taux de 13,2‰, l'écart étant de 5,4. Deux décennies plus tard, les taux respectifs sont de 5,5‰ et 9,6‰, et l'écart entre les deux sexes est de 4,1.

Quand on stratifie la mortalité selon le groupe d'âge et le sexe, on constate que les écarts entre les hommes et les femmes, relativement aux taux ajustés, sont particulièrement élevés pour les groupes d'âge formés des personnes de 15 à 35 ans, avec un plafond pour les gens âgés de 20 à 24 ans. Par la suite, les écarts diminuent jusqu'à 50 ans, pour repartir à la hausse vers un nouveau sommet entre 65 et 69 ans. À partir de là, l'écart se rétrécit, surtout à compter de 80 ans. Les taux masculin et féminin se confondent pour un seul groupe d'âge : celui des enfants de 1 à 4 ans.

Figure
70

Nombre de décès et taux brut de mortalité générale au sein de la population québécoise, 1951 à 1999



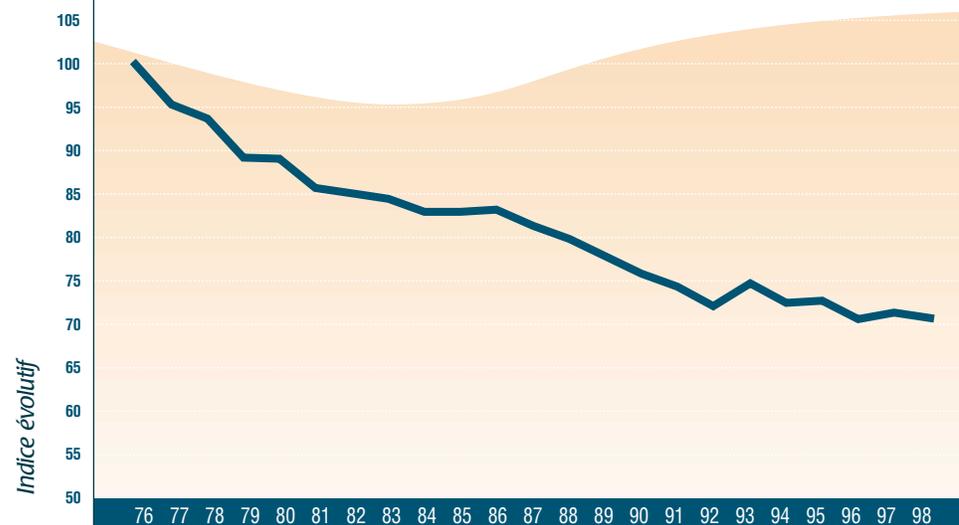
P = Prévission

— Nombre de décès — Taux brut

MSSS, SDI, septembre 2000.

Figure
71

Évolution du taux ajusté de mortalité générale, au Québec, 1976 à 1998



MSSS, SDI, novembre 2000.

Figure 72

Taux ajusté de **mortalité générale, selon le sexe,** au Québec, 1976 à 1998

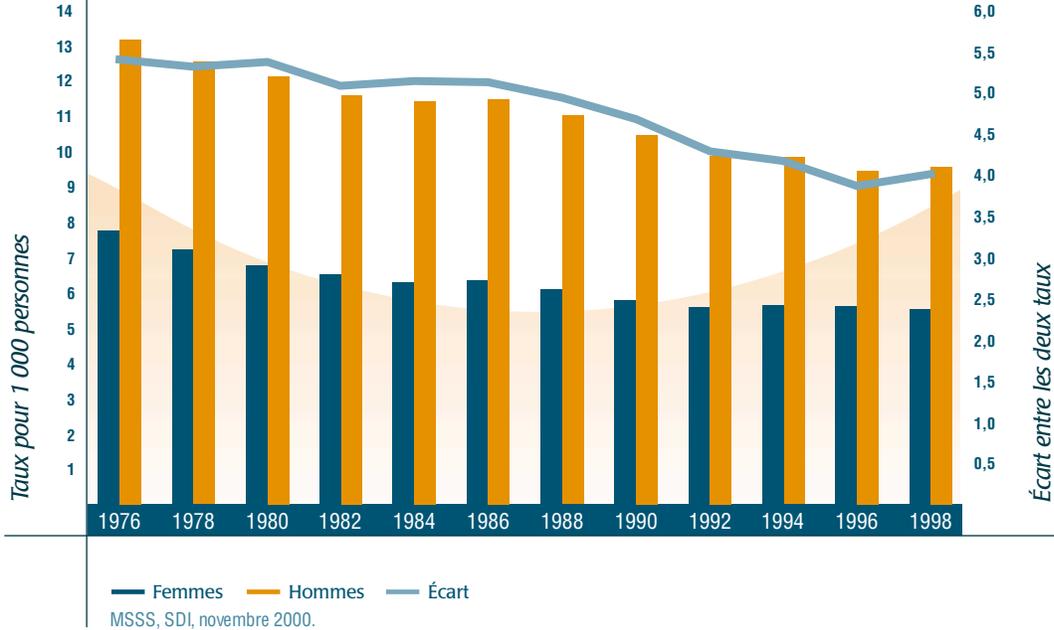
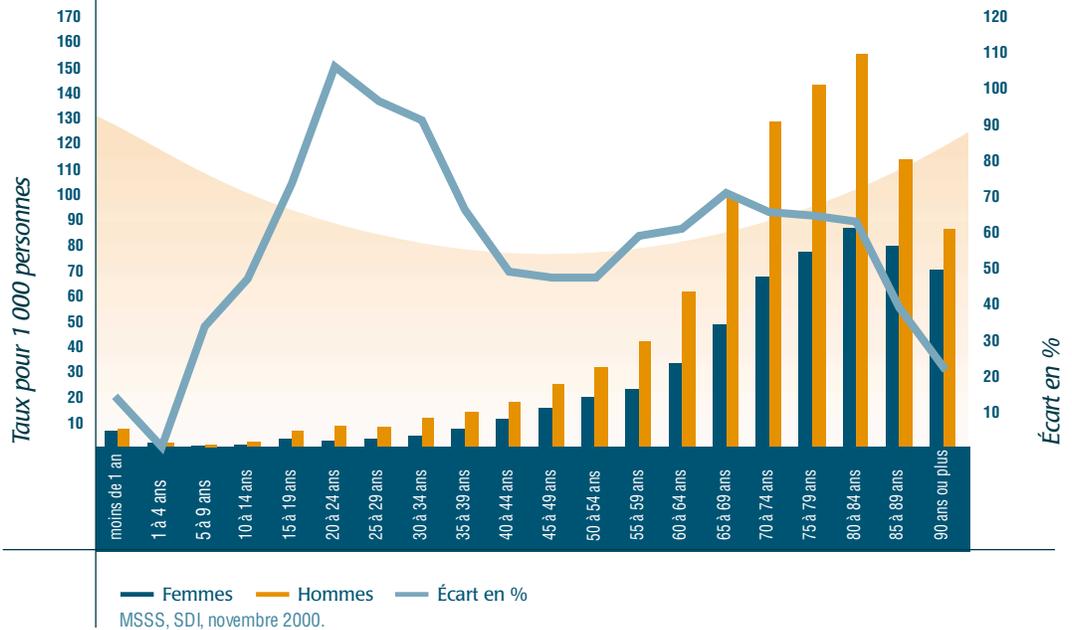


Figure 73

Taux ajusté de **mortalité générale, selon le sexe et le groupe d'âge,** et écart exprimé en pourcentage du taux pour les sexes réunis, au Québec, 1998

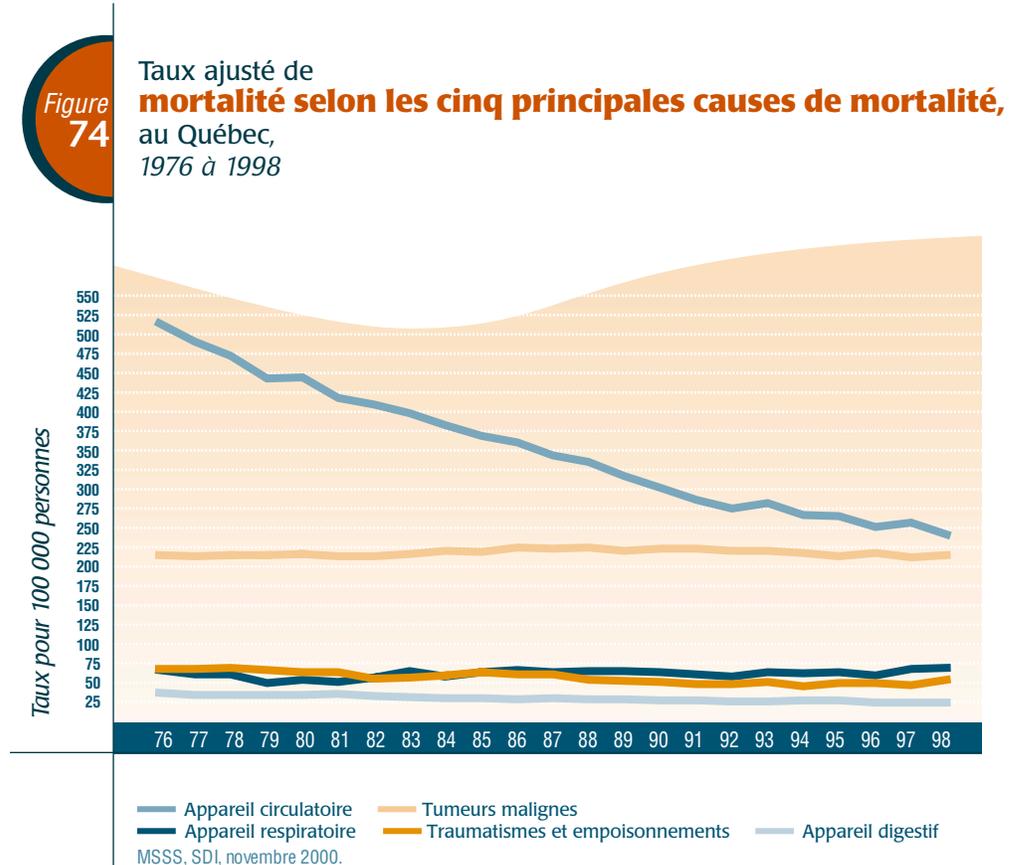


Les principales causes de mortalité

Les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs malignes, les maladies de l'appareil respiratoire, les traumatismes et empoisonnements ainsi que les maladies de l'appareil digestif constituent les cinq principales causes de mortalité, avec plus de 84 % de tous les décès au Québec.

Bien que les maladies de l'appareil circulatoire soient encore au premier rang des causes de mortalité, le taux ajusté de mortalité due à ces maladies est en nette régression depuis vingt ans. Il a été en effet réduit de moitié durant cette période, passant de 516,2 décès

pour 100 000 personnes en 1976, à 242,3 en 1998. Après une montée jusqu'à la fin des années 1980, le taux ajusté de mortalité due aux tumeurs malignes, qui constituent la deuxième cause de mortalité, s'est stabilisé et tend même à régresser depuis. Parmi les cinq grandes causes de mortalité, seules les maladies de l'appareil respiratoire génèrent un taux ajusté de mortalité à la hausse ; il est passé de 67,5 pour 100 000 personnes en 1976 à 70,1 en 1998.

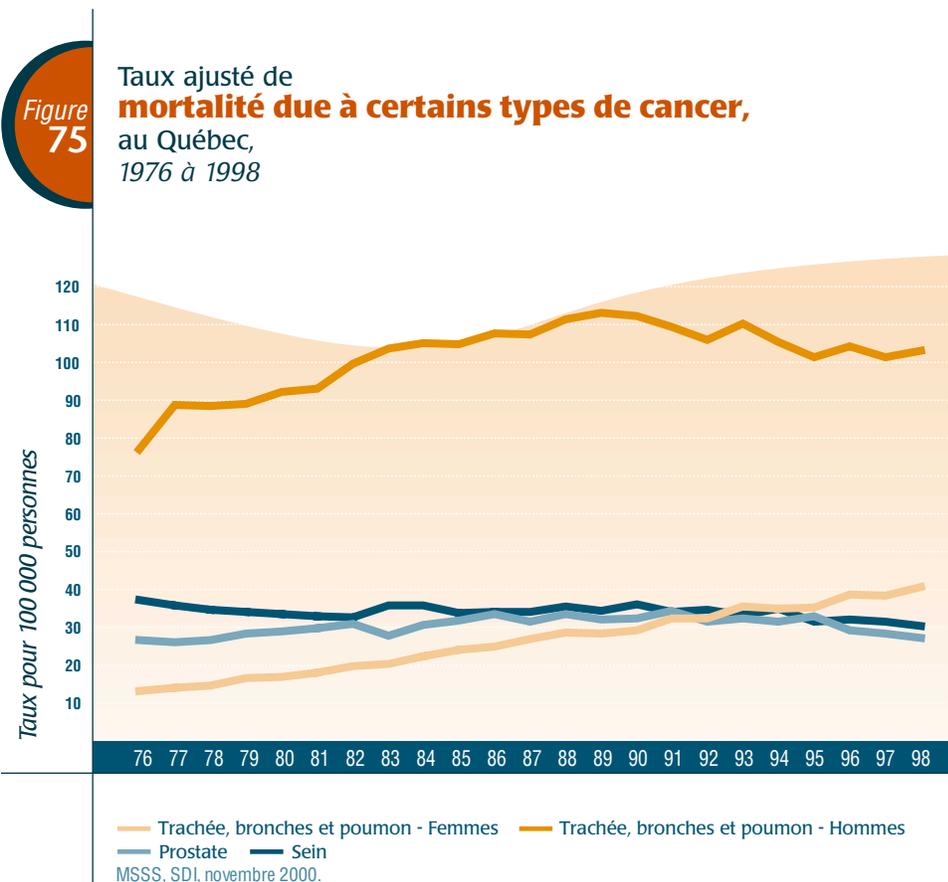


La mortalité due au cancer

La mortalité due au cancer est demeurée élevée au cours des deux dernières décennies, de sorte que le taux ajusté de mortalité due aux tumeurs malignes a presque rattrapé celui qui est lié aux maladies de l'appareil circulatoire en 1998 ; en 1976, il était plus de la moitié moins élevé que ce dernier (216,3 décès pour 100 000 personnes contre 516,2).

Parmi les principaux cancers, le cancer du sein engendre un taux ajusté de mortalité qui suit une légère tendance à la baisse depuis le début des années 1990. Le taux lié au cancer de la prostate suit une tendance similaire, mais depuis plus longtemps, la baisse ayant commencé au milieu des années 1980.

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon est, de loin, le plus mortel chez l'homme. Le taux ajusté de mortalité masculin pour ce type de cancer, après avoir connu une forte hausse de 1976 à 1990, s'est stabilisé ; il a même légèrement régressé depuis 1993. Par contre, chez la femme, le taux a constamment augmenté, ayant même dépassé le taux de cancer du sein au début des années 1990. En 1998, le taux ajusté de mortalité féminin lié au cancer de la trachée, des bronches et du poumon atteint 40,6 pour 100 000 personnes, comparativement à 30,4 pour celui qui est lié au cancer du sein.



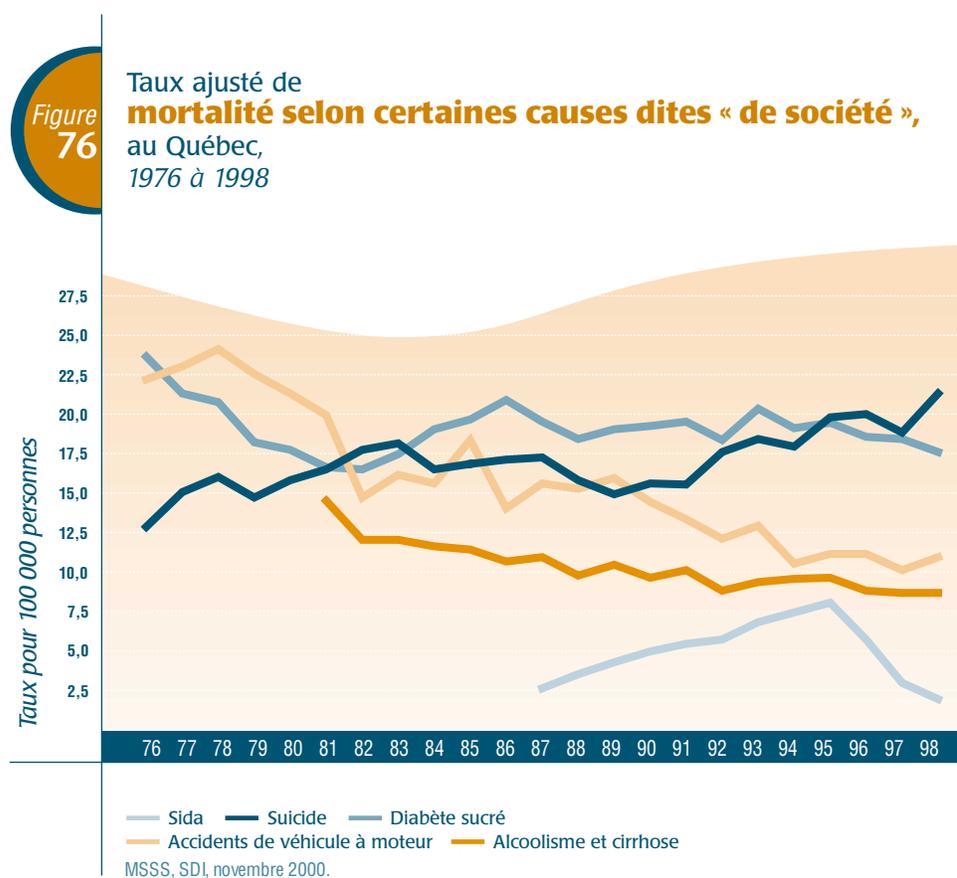
La mortalité due aux causes dites « de société »

Certaines causes de mortalité dites « de société » revêtent un intérêt particulier. Il en est ainsi du sida, du suicide, des accidents de véhicule à moteur, du diabète sucré, ainsi que de l'alcoolisme et de la cirrhose.

Le taux ajusté de mortalité due au sida, après une progression constante jusqu'au milieu des années 1990, est en forte régression depuis. Celui qui est lié à l'alcoolisme et à la cirrhose suit également une tendance à la baisse, mais de façon beaucoup moins prononcée. Par ailleurs, les efforts consentis par le Québec, depuis vingt ans, sur le plan de la promotion et de la prévention en matière de circulation routière semblent avoir porté fruit, car le taux ajusté de mortalité due aux accidents de véhicule à moteur est en régression quasi constante depuis 1976. En fait, le taux a été réduit de moitié, passant de 22,3 pour 100 000 personnes en 1976 à 11,0 en 1998. Quant au diabète sucré, même si l'incidence de la maladie est en progression, en bonne partie en raison de meilleurs efforts de dépistage et d'une sensibilisation plus accentuée de la population à l'égard de cette maladie et de

ses effets, le taux ajusté de mortalité qui lui est associé semble assez stable depuis le milieu des années quatre-vingt. Il faut noter cependant qu'une bonne partie de la population affligée de cette maladie l'ignore encore, faute de dépistage précoce.

Enfin, parmi ces causes dites « de société », le suicide constitue celle qui frappe le plus l'imaginaire populaire non seulement par sa nature même, mais surtout parce que le taux ajusté de mortalité qui lui est associé est en forte hausse depuis presque dix ans. En 1976, il se situait à 12,9 pour 100 000 personnes. Dans la décennie qui a suivi, il s'est maintenu autour de 16 pour 100 000. Mais, en 1998, il atteint 21,4 pour 100 000 personnes, soit presque le double qu'au début de la période, et 36 % de plus qu'en 1990.



Taux ajusté de
mortalité selon la cause et taux ajusté de mortalité selon le sexe,
au Québec,
1976 à 1998

Cause de mortalité	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98
Appareil circulatoire	516,2	473,6	446,0	411,2	384,3	362,2	336,3	302,5	276,8	267,7	252,6	242,3
Tumeurs	216,3	215,7	217,4	214,1	221,2	225,4	226,2	223,9	221,7	218,7	219,1	215,4
<i>Trachée, bronches et poumon</i>	41,5	47,2	49,6	54,2	57,5	59,7	63,2	63,9	62,9	64,0	65,5	66,0
<i>Sein</i>	37,2	34,6	33,6	32,6	35,9	34,2	35,5	36,0	34,6	34,8	32,2	30,4
<i>Prostate</i>	26,7	26,6	28,9	30,9	30,6	33,6	33,5	32,4	31,5	31,6	29,2	27,3
Appareil respiratoire	67,5	62,2	55,2	57,3	58,7	67,7	65,8	64,6	58,7	62,8	60,4	70,1
Traumatismes et empoisonnements	68,8	70,1	64,5	56,1	61,0	61,1	55,2	51,9	49,5	47,0	50,4	54,1
<i>Accidents de véhicule à moteur</i>	22,3	24,2	21,4	14,8	15,7	14,1	15,3	14,5	12,2	10,6	11,2	11,0
Appareil digestif	38,5	34,7	35,2	33,1	30,5	29,4	29,1	27,4	26,1	27,6	25,1	25,6
Suicide	12,9	16,1	15,9	17,8	16,6	17,2	15,9	15,7	17,7	18,0	20,1	21,4
Diabète sucré	23,7	20,8	17,8	16,6	19,1	21,0	18,5	19,3	18,4	19,2	18,6	17,7
Alcoolisme et cirrhose				12,1	11,7	10,7	9,8	9,7	8,9	9,6	8,9	8,7
Sida							3,6	5,0	5,8	7,5	5,8	2,0
Femmes	777,3	720,4	676,2	650,1	628,9	635,0	608,8	577,5	557,3	564,5	559,0	554,3
Hommes	1 316,9	1 250,9	1 212,7	1 158,2	1 141,7	1 146,3	1 101,2	1 044,2	984,6	981,4	945,3	955,4
Sexes réunis	1 017,1	953,7	906,6	866,1	844,8	846,7	811,8	771,5	733,8	737,3	718,7	719,4

MSSS, SDI, novembre 2000.

LES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES

Les années potentielles de vie perdues (APVP) indiquent la mortalité prématurée, au sein d'une population, en considérant la précocité des décès. Cet indicateur mesure en années l'écart entre l'âge au décès et un âge seuil, pour chaque individu décédé avant d'atteindre le seuil fixé. Ainsi, le taux des années potentielles de vie perdues est exprimé par le rapport entre la somme des APVP et la population dont l'âge est inférieur au seuil fixé. Ici, le seuil est fixé à 75 ans, et il s'agit d'un taux pour 100 000 personnes.

Globalement, le taux d'APVP est à la baisse au Québec. Par contre, même si l'écart entre les deux sexes s'amenuise, le taux demeure encore beaucoup plus élevé pour les hommes, et ce, dans tous les groupes d'âge.

Les tumeurs sont la cause du tiers des APVP comptabilisées, tandis que les traumatismes et empoisonnements en expliquent le quart. Pour les principales causes d'APVP, mis à part les maladies de l'appareil circulatoire, il existe un écart considérable entre le nombre d'APVP observé chez les hommes et celui qui est observé chez les femmes, en faveur de ces dernières.

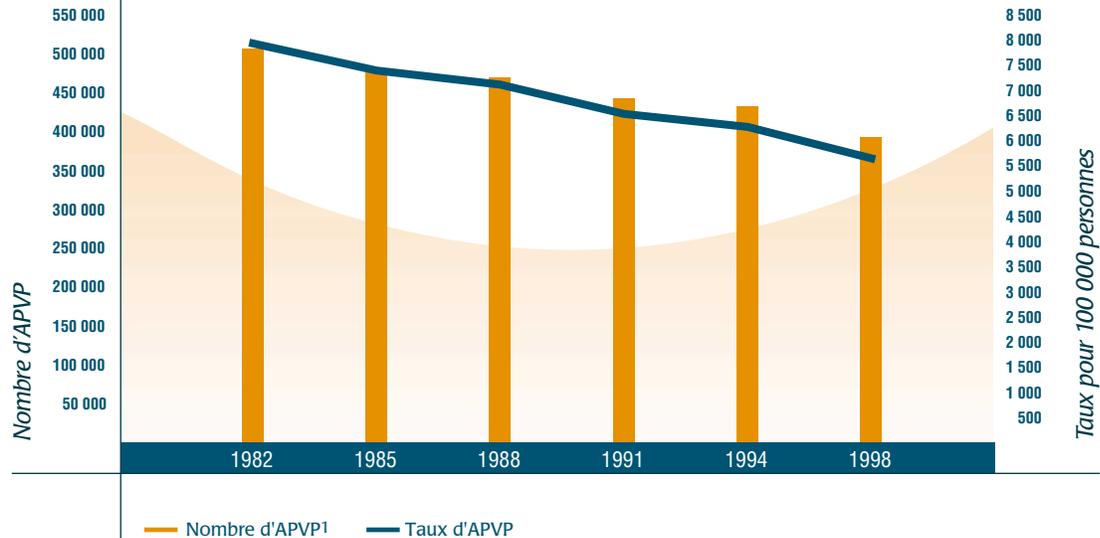
DES CHIFFRES

Au début des années 1980, on comptait près de 170 000 APVP pour les Québécoises et près de 340 000 APVP pour les Québécois, c'est-à-dire un taux à peu près deux fois plus élevé pour ces derniers que pour les premières. En 1998, le taux d'APVP pour 100 000 hommes âgés de moins de 75 ans est encore beaucoup plus élevé que celui des femmes (7 133 par rapport à 4 122), mais l'écart diminue. Cependant, dans les deux cas, le taux est à la baisse, ce qui traduit une réduction du nombre d'APVP tant chez les hommes que chez les femmes. En fait, compte tenu de l'augmentation de la population, la tendance à la baisse du taux est plus accentuée que celle du nombre d'APVP.

La répartition du nombre d'APVP selon le groupe d'âge et le sexe, en 1998, confirme la tendance générale. En effet, dans tous les groupes d'âge quinquennaux sans exception, le nombre d'APVP pour les femmes est inférieur à celui qui est observé pour les hommes. Pour les deux sexes, c'est entre 45 et 70 ans que l'on perd le plus grand nombre d'années de vie, le plafond se situant entre 55 et 60 ans pour les femmes, et entre 50 et 55 ans pour les hommes. Mis à part les enfants âgés de moins de 1 an, où le nombre d'APVP avoisine 15 000, c'est avant d'atteindre 15 ans que l'on perd le moins d'années de vie, le nombre se situant entre 1 500 et 3 200 selon le sexe et le groupe d'âge.

Figure 77

Nombre
d'années potentielles de vie perdues (APVP)
et taux pour 100 000 personnes, au sein de la population québécoise,
1982 à 1998



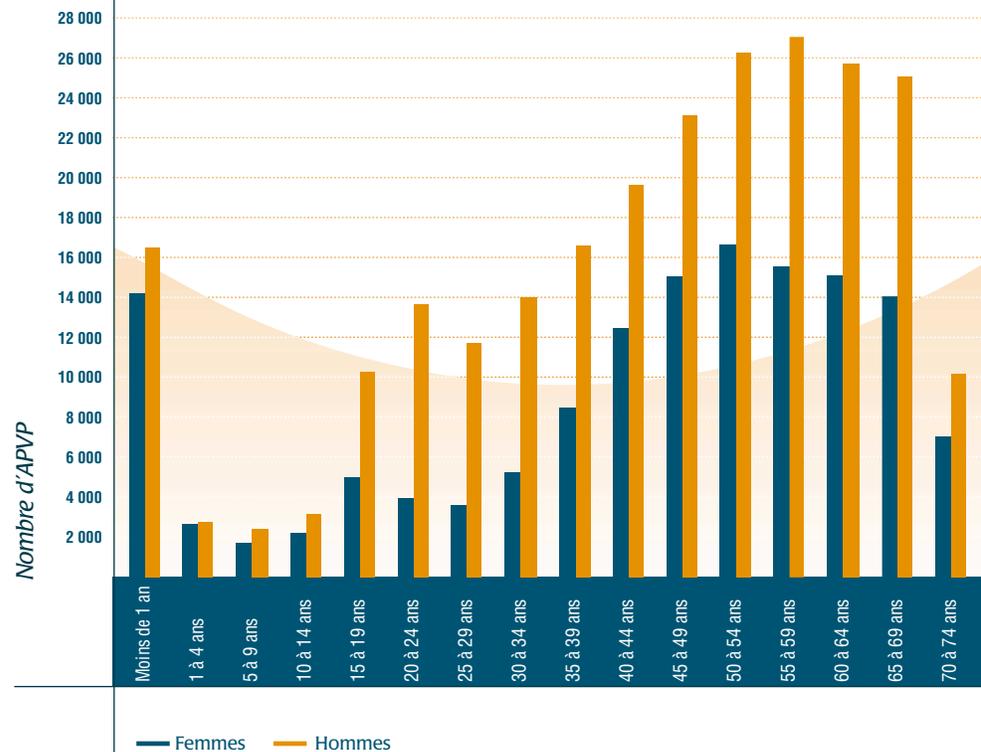
— Nombre d'APVP1 — Taux d'APVP

1. L'âge seuil est fixé à 75 ans.

MSSS, SDI, septembre 2000.

Figure 78

Nombre
d'années potentielles de vie perdues (APVP),
selon le groupe d'âge et le sexe, au Québec,
1998



— Femmes — Hommes

MSSS, SDI, septembre 2000.

Chez les hommes, en 1998, les traumatismes et empoisonnements sont la principale cause des pertes d'années de vie, avec plus de 71 500 APVP, suivis des tumeurs, avec plus de 68 500 APVP. Chez les femmes, les tumeurs viennent au premier rang des causes (33 %), suivies des traumatismes et empoisonnements (24 %). Si, pour les tumeurs et les maladies de l'appareil respiratoire, l'écart entre les hommes et les femmes est relativement faible, c'est loin d'être le cas pour les maladies de l'appareil circulatoire, dont l'infarctus aigu du myocarde, pour les traumatismes et empoisonnements, dont les accidents de véhicule à moteur, et pour le suicide, où les écarts sont considérables puisque l'on enregistre jusqu'à trois fois plus d'APVP chez les hommes que chez les femmes.

Au total, en 1998, les tumeurs sont la cause du tiers des APVP, les traumatismes et empoisonnements en sont responsables du quart, et les maladies de l'appareil circulatoire, de 18 %.

LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ

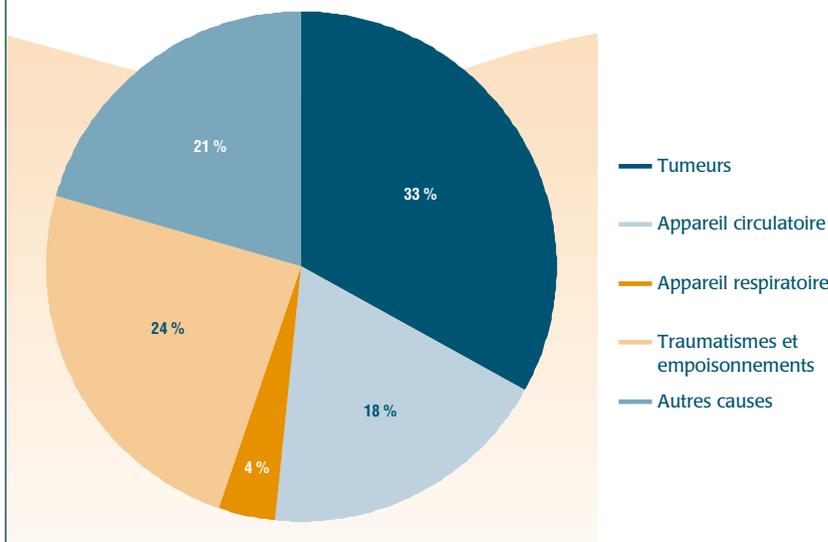
Certains problèmes de santé affectant une population retiennent particulièrement l'attention, soit en raison de leur fréquence, soit parce qu'ils sont en progression, soit tout simplement parce qu'ils frappent davantage l'imaginaire collectif. Il convient donc d'y jeter un regard particulier afin de connaître ce qui caractérise l'état de santé général de la population québécoise.

Parmi les problèmes de santé chroniques, ceux qui sont liés à l'arthrite et au rhumatisme sont les plus fréquents au sein de la population, avec un rapport de 13,2 problèmes pour 100 personnes en 1998. Par contre, l'asthme et le diabète sont ceux qui ont pris le plus d'ampleur au cours des dix dernières années.

Depuis 1994, l'incidence du sida est en net recul. En fait, en 1999, le nombre de nouveaux cas de sida est treize fois moins élevé qu'en 1995. Par contre, la situation diffère complètement pour le diabète. En effet, malgré une sous-estimation certaine due à la méthode d'enquête et au manque de dépistage, on note une nette progression de la maladie. En 1998, parmi les gens âgés de 45 ans ou plus, plus d'une personne sur dix est diabétique.

Figure
79

Répartition en pourcentage du **nombre d'années potentielles de vie perdues**, selon la cause, au Québec, 1998



La mortalité due aux maladies cardiovasculaires est en recul, mais il subsiste des écarts importants selon le niveau de revenu des gens. En 1998, le taux ajusté de mortalité due à ces maladies est 22 % moins élevé pour les hommes à revenu élevé et 11 % moins élevé pour les femmes du même niveau de revenu.

Étant donné que le cancer s'attaque davantage aux personnes plus âgées et que la population québécoise vieillit rapidement, l'incidence du cancer suit la même tendance, avec une croissance annuelle de quelque 3 %. L'incidence du cancer du poumon, cancer parmi les plus fréquents autant chez la femme que chez l'homme, est en hausse. À elle seule, cette tendance contrebalance la baisse observée pour la somme des autres sièges de cancer.

Depuis vingt ans, l'incidence des maladies pulmonaires obstructives chroniques a augmenté trois fois plus chez les femmes que chez les hommes bien qu'en 1998, le taux ajusté de mortalité due à ces maladies soit encore 2,5 fois plus élevé chez l'homme que chez la femme. De plus, on note une recrudescence de la mortalité liée à la pneumonie et à la grippe.

En 1998, plus des deux tiers des décès dus à des blessures et à des intoxications concernent des hommes. Les taux ajustés de mortalité liée à ces problèmes sont en baisse depuis vingt ans, sauf pour ce qui est des suicides et des chutes accidentelles.

En ce qui concerne les suicides, la hausse apparaît exclusivement chez les hommes, alors que ce sont en majorité les personnes âgées de plus de 80 ans, en grande majorité des femmes, qui sont victimes de chutes accidentelles.

DES CHIFFRES

Les problèmes de santé chroniques

En 1998, les problèmes de santé chroniques les plus souvent déclarés par la population québécoise sont, dans l'ordre : l'arthrite et le rhumatisme, l'hypertension, les affections respiratoires, les maladies cardiaques, l'asthme, et les troubles mentaux. Suivent, dans l'ordre, le diabète et la bronchite ou emphyème.

Quand on compare les données de 1998 à celles de 1987, on note une augmentation généralisée de ces problèmes au sein de la population. L'asthme, dont les cas ont plus que doublé en dix ans, et le diabète, dont les cas ont augmenté de près de 65 %, sont les problèmes qui ont pris le plus d'ampleur, alors que les troubles mentaux sont pratiquement restés au même point, avec une légère hausse de 4,3 %.

Le sida

Même si, au cours des dernières décennies, la prévalence des maladies infectieuses a chuté de façon radicale en raison des efforts de prévention et de protection, de nouveaux problèmes, dont le sida, sont apparus.

Tableau
46

Importance relative des
principaux problèmes de santé chroniques
déclarés par la population québécoise,
1987 et 1998

Type de problème de santé	Nombre de problèmes pour 100 personnes		
	87	98	variation en % (98 / 87)
Arthrite et rhumatisme	10,7	13,2	23,4
Hypertension	6,3	8,5	34,9
Affections respiratoires	4,3	5,8	34,9
Maladies cardiaques	4,2	5,2	23,8
Asthme	2,3	5,0	117,4
Troubles mentaux	4,6	4,8	4,3
Diabète	1,7	2,8	64,7
Bronchite ou emphyème	1,9	2,5	31,6

Note : Données tirées des enquêtes Santé-Québec 1987 et 1998 de l'ISQ.
MSSS, SDI, septembre 2000.

En 1994, on comptait 4 275 cas déclarés de sida au Québec. Plus des trois quarts de ces cas ont été diagnostiqués alors que la personne infectée avait entre 25 et 45 ans. Au 31 décembre 1999, la prévalence du sida (nombre total de personnes infectées) atteint 5 565 cas, soit 30 % de plus qu'en 1994. Par contre, la répartition annuelle des 1 290 nouveaux cas enregistrés entre

ces deux années montre un impressionnant recul de l'incidence de la maladie. Ainsi, en 1999, on dénombre 41 nouveaux cas de sida alors qu'en 1995, on en comptait 524, soit presque treize fois plus. La proportion de nouveaux cas âgés de moins de 30 ans au moment du diagnostic est passée de 20 % à 5 % entre 1995 et 1999.

Figure 80

Incidence du sida et proportion de nouveaux cas âgés de moins de 30 ans, au Québec, 1995 à 1999

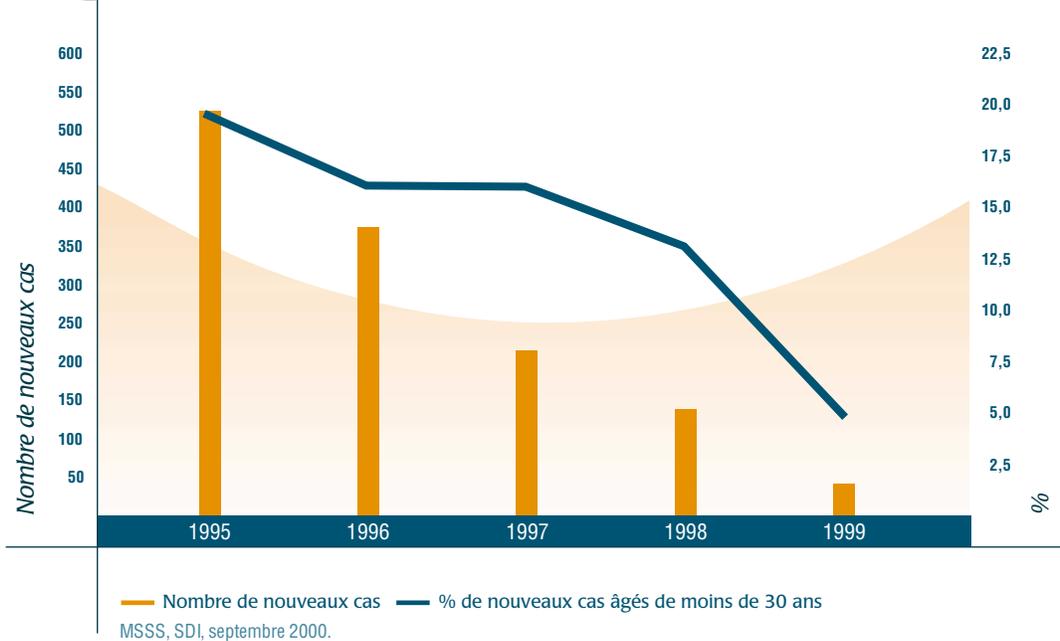


Tableau 47

Prévalence des cas déclarés de sida, selon l'âge de la personne infectée au moment du diagnostic, au Québec, 1994 et 1999

Groupe d'âge	94		99		Variation en % 99 / 94
	Nombre de cas	Répartition en %	Nombre de cas	Répartition en %	
Moins de 15 ans	72	1,7	97	1,7	34,7
15 à 19 ans	17	0,4	20	0,4	17,6
20 à 24 ans	154	3,6	175	3,1	13,6
25 à 29 ans	620	14,5	738	13,3	19,0
30 à 34 ans	987	23,1	1 251	22,5	26,7
35 à 39 ans	926	21,7	1 233	22,2	33,2
40 à 44 ans	693	16,2	912	16,4	31,6
45 à 49 ans	396	9,3	567	10,2	43,2
50 à 54 ans	187	4,4	270	4,9	44,4
55 à 59 ans	111	2,6	154	2,8	38,7
60 ans ou plus	112	2,6	148	2,7	32,1
Total	4 275	100,0	5 565	100,0	30,2

Le diabète

Le diabète est une maladie en nette progression. De plus, compte tenu de la méthode utilisée au moment des enquêtes (autodéclaration) et du fait que de nombreuses personnes affligées du problème n'ont pas encore été diagnostiquées, on peut affirmer, à la lecture des données existantes — y compris celles qui sont inscrites aux fichiers de la RAMQ —, que le problème est sous-estimé.

En 1998, selon les données fournies par la RAMQ, on compterait près de 6 % de diabétiques (type I et type II réunis) parmi la population âgée de 15 ans ou plus. Si l'on ne considère que la population âgée de 45 ans ou plus, ce pourcentage atteindrait près de 11 %, et même 15,5 % parmi les gens âgés de 65 ans ou plus.

Les maladies cardiovasculaires

Le taux ajusté de mortalité due aux maladies cardiovasculaires a considérablement diminué au cours des vingt dernières années, la baisse étant de 50 % pour les deux sexes, mais ces maladies constituent encore la première cause de mortalité au Québec, en 1998, avec près de 19 000 décès.

De plus, même si la mortalité due aux maladies cardiovasculaires est en recul, quel que soit le revenu, au sein de la population, des disparités subsistent encore. Ainsi, en 1987, il existait des écarts de 29 % chez les hommes et de 21 % chez les femmes, entre les taux ajustés de mortalité en faveur des gens à revenu élevé par rapport à ceux dont le revenu est faible. Il faut cependant noter que cet écart diminue de façon significative car, en 1998, il est de 22 % chez les hommes et de seulement 11 % chez les femmes.

Les cancers

Le cancer est une maladie qui, toutes proportions gardées, frappe davantage les personnes âgées. Au Québec, non seulement la population augmente, mais elle vieillit, ce qui se reflète directement sur l'incidence du cancer. Ainsi, en 1999, on estime à 31 800 le nombre de nouveaux cas de cancer ; en 1990, on en comptait un peu moins de 26 600, soit 20 % de moins. Au cours des prochaines années, l'incidence du cancer devrait continuer à croître à un rythme annuel avoisinant 3 %.

Tant chez l'homme que chez la femme, trois sièges particuliers de cancer regroupent plus de la moitié des nouveaux cas. Pour l'homme, ce sont les cancers du poumon, de la prostate ainsi que du côlon et du rectum. Chez la femme, le cancer du sein s'ajoute à celui du poumon et à celui du côlon et du rectum.

En 1998, les cancers constituent la deuxième cause de mortalité en importance, avec plus de 16 400 décès. Depuis 1976, la hausse des décès par cancer du poumon a contrebalancé la baisse de ceux qui sont dus aux autres types de cancer, de sorte que, globalement, les taux de mortalité par cancer observés en 1998 sont sensiblement les mêmes que ceux qui ont été observés en 1976. Il faut cependant noter qu'il y a eu progression des taux jusqu'en 1990, et recul par la suite.

Bon an mal an, les cancers donnent lieu à quelque 600 000 journées d'hospitalisation par année au Québec, dont le tiers concerne des adultes âgés de 45 à 64 ans.

Alors que les taux de mortalité reliée aux autres types de cancer ont régressé de 15 % en vingt ans chez les femmes, le taux de mortalité par cancer du poumon a, quant à lui, bondi de plus de 200 % entre 1976 et 1998, passant de 13,1 à 40,6 pour 100 000 femmes. Pendant ce temps, le taux de mortalité due au cancer du sein diminuait de 18 %, passant de 37,2 à 30,4 pour 100 000 femmes, et ce, même si l'incidence a augmenté.

Les maladies respiratoires

En 1998, les maladies de l'appareil respiratoire arrivent au troisième rang parmi les principales causes de mortalité, avec plus de 5 400 décès, dont quelque 3 000 cas dus aux maladies pulmonaires obstructives chroniques. Les taux de mortalité liés à ces dernières sont 2,6 fois plus élevés pour les hommes que pour les femmes. Mais, depuis vingt ans, l'incidence des maladies pulmonaires obstructives a augmenté trois fois plus chez les femmes que chez les hommes, les hausses étant respectivement de 150 % et de 52 %. En fait, le taux ajusté de mortalité masculine due à ces maladies est passé de 42 pour 100 000 hommes en 1976 à 64 pour 100 000 en 1998 alors que, chez les femmes, il est passé de 10 à 25 pour 100 000.

Après avoir connu une baisse depuis la fin des années 1980, le taux ajusté de mortalité par pneumonie et grippe est de nouveau à la hausse. C'est évidemment chez les personnes âgées que l'on observe les taux les plus élevés.

Les blessures et intoxications

Les blessures et intoxications sont responsables de plus de 4 000 décès en 1998, dont plus des deux tiers chez les hommes. Près de 2 000 décès sont survenus chez les personnes âgées de moins de 50 ans.

En 1998, on compte quelque 390 000 journées d'hospitalisation pour soigner des blessures et des intoxications, dont 28 % concernent des femmes âgées de 75 ans ou plus et 23 % des hommes âgés de 25 à 64 ans. Cependant, la durée moyenne du séjour hospitalier des premières est trois fois plus élevée que celle des seconds (15 jours par rapport à 5 ou 6 jours).

De 1976 à 1998, le taux ajusté de mortalité due à des blessures et à des intoxications est passé de 69 à 54 pour 100 000 personnes, en raison de la baisse significative de la mortalité due aux accidents de véhicule à moteur. Cependant, durant la même période, le taux ajusté de mortalité due au suicide passait de 13 à 21,4 pour 100 000 personnes, soit une augmentation uniquement due à la progression des suicides chez les hommes (surtout chez ceux qui ont moins de 50 ans), ce qui se traduit par une hausse spectaculaire du taux masculin de l'ordre de 82 %.

Après avoir connu une baisse jusqu'à la fin des années 1980, la mortalité due à des chutes accidentelles est en hausse depuis. Elle frappe majoritairement des personnes âgées de plus de 80 ans. Ainsi, compte tenu du vieillissement de la population, on devrait voir le poids de cette cause de mortalité s'accroître parmi les causes de mortalité accidentelles au cours des prochaines années.

LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

La détresse psychologique qui sévit au sein de la population québécoise a été mesurée à l'aide d'un indice tenant compte de quatre facteurs : la dépression, l'anxiété, les troubles cognitifs et l'irritabilité. Un niveau élevé de détresse psychologique correspond à un indice égal ou supérieur à 22,6 sur l'échelle de mesure.

L'indice de détresse psychologique est associé à divers comportements ou dysfonctionnements, tels qu'une augmentation de la consommation d'alcool ou de médicaments psychotropes, à un recours accru aux services de santé ou encore à une auto-évaluation négative de l'état de santé. Par contre, il s'agit d'une mesure qui comporte plusieurs zones ombragées et qui couvre plusieurs dimensions difficiles à bien saisir à l'aide des outils statistiques habituels. Ainsi, pour mesurer avec exactitude le degré de détresse psychologique qui sévit au sein de la population, il faut y adjoindre plusieurs autres outils de mesure, tant sur le plan qualitatif que sur le plan quantitatif.

Ici, nous nous limitons à étudier l'évolution de la détresse psychologique et des idées suicidaires au sein de la population âgée de 15 ans ou plus depuis 1987.

La détresse psychologique a gagné du terrain au Québec depuis dix ans. En 1998, une personne sur cinq présentait un indice de détresse psychologique élevé. Le problème est nettement plus important pour les femmes que pour les hommes. Par ailleurs, la détresse psychologique est beaucoup plus présente chez les jeunes de 15 à 24 ans. En fait, plus l'âge augmente, moins le problème est aigu. Par contre, ce problème augmente avec le temps dans tous les groupes d'âge, sauf chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Chez ces dernières, le problème est relativement faible et tend à régresser.

On note une proportion de gens présentant un indice de détresse psychologique élevé sensiblement plus grande chez les personnes célibataires que chez les personnes mariées, et ce, pour les deux sexes. Il en est de même chez les gens sans emploi, ainsi que pour les femmes aux études et les hommes qui tiennent maison.

De plus, depuis dix ans, on observe une augmentation de la proportion de personnes qui manifestent des idées suicidaires, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. De surcroît, ce phénomène prend de l'ampleur dans tous les groupes d'âge, sauf pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, chez qui le problème régresse.

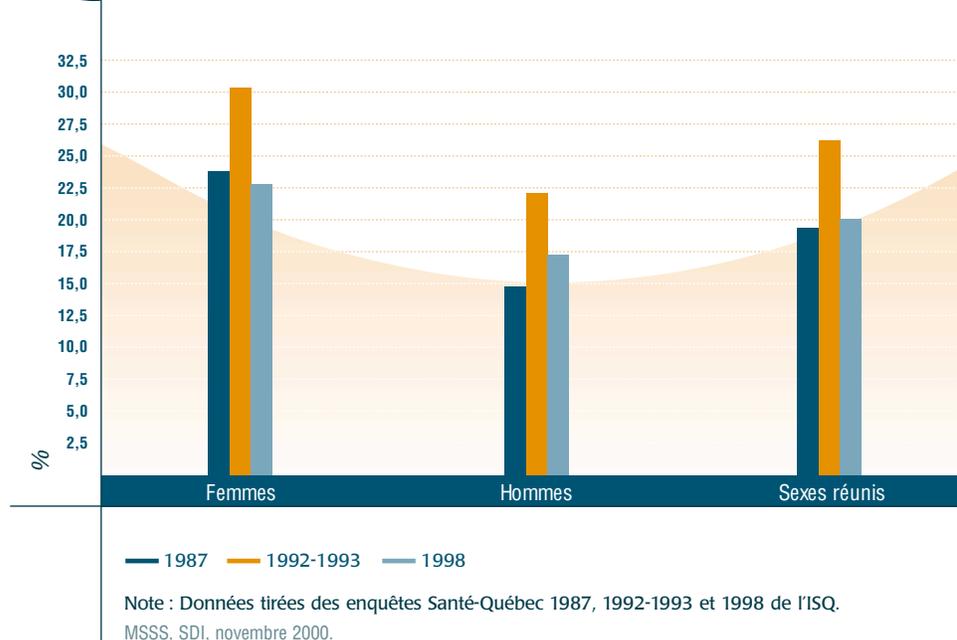
DES CHIFFRES

En 1987, plus de 19 % de la population âgée de 15 ans ou plus présentait un indice de détresse psychologique (IDP) élevé. Cinq ans plus tard, la proportion avait atteint plus de 26 %. En 1998, elle se situait à un peu plus de 20 %. En général, la proportion est de 7 à 8 points plus élevée pour les femmes que pour les hommes.

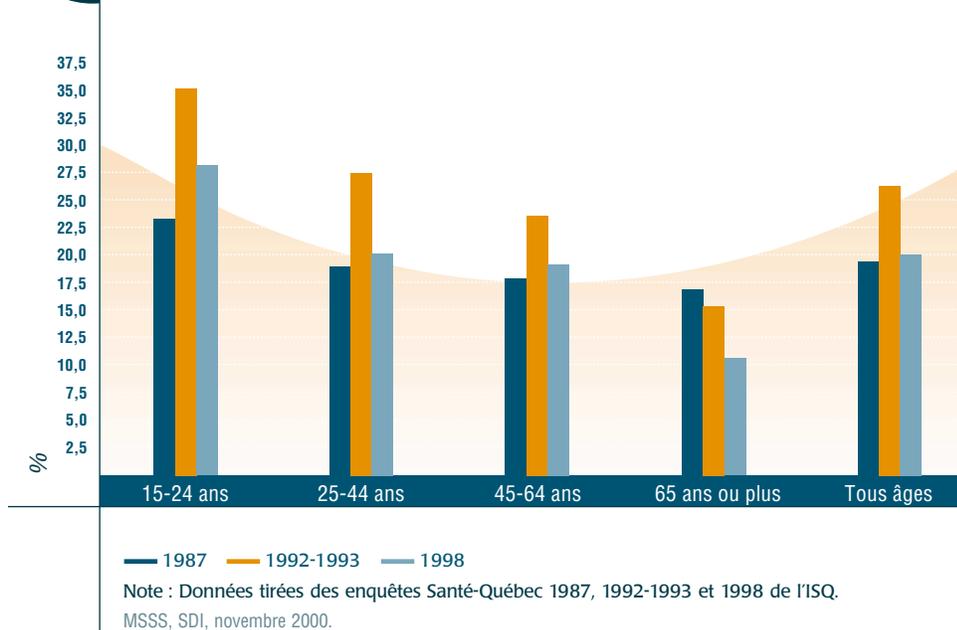
C'est chez les personnes âgées de 15 à 24 ans que l'on observe la plus grande proportion — plus de 28 % en 1998 — de personnes ayant un IDP élevé. On remarque que la proportion diminue constamment à mesure que l'âge augmente. Ainsi, chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, non seulement on trouve la proportion la plus faible, avec moins de 11 % en 1998, mais, en plus, contrairement à ce qui se passe dans les autres groupes d'âge, elle s'amenuise depuis 1987.

Figure
81

Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus
présentant un indice de détresse psychologique élevé,
selon le sexe, au Québec,
1987, 1992-1993 et 1998

Figure
82

Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus
présentant un indice de détresse psychologique élevé,
selon le groupe d'âge, au Québec,
1987, 1992-1993 et 1998



Si l'on stratifie la population selon l'état matrimonial et le statut d'activités, on remarque quelques points intéressants en 1998. Par exemple, tant chez les femmes que chez les hommes, la proportion de personnes présentant un IDP élevé est sensiblement plus élevée chez les célibataires que dans les autres groupes. De plus, les femmes aux études et celles qui n'ont pas d'emploi sont beaucoup plus nombreuses que les autres à présenter un IDP élevé, dans des proportions de 35,3 % et 33,3 % respectivement. Chez les hommes, ceux qui sont sans emploi montrent la proportion la plus élevée, avec 28 %, suivis de ceux qui tiennent maison. Pour les deux sexes, les personnes à la retraite présentent la proportion la plus faible.

Quand on observe la population âgée de 15 ans ou plus sur des périodes de douze mois consécutifs depuis 1987, on remarque une augmentation de la

présence d'idées suicidaires. En 1987, 3,2 % des femmes et 3 % des hommes manifestaient des idées suicidaires. Dix ans plus tard, 3,9 % des hommes et autant de femmes déclarent la présence de telles idées.

Par ailleurs, la présence des idées suicidaires progresse dans tous les groupes d'âge, sauf chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Chez ces dernières, à peine 0,5 % de la population déclare avoir eu des idées suicidaires en 1998, une proportion qui régresse depuis dix ans.

Par contre, chez les gens âgés de 15 à 24 ans, la proportion atteint 7,4 % en 1998, soit 2 points de plus qu'en 1987. Il s'agit cependant d'une proportion comparable à celle qui était observée en 1992-1993 (7,3 %).

Tableau
48

Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus présentant un indice de **détresse psychologique élevé**, selon l'état matrimonial et le sexe, au Québec, 1998

État matrimonial	Femmes	Hommes	Sexes réunis
Marié	18,3	12,4	15,3
En union de fait	23,4	19,2	21,3
Veuf, séparé ou divorcé	22,9	19,7	21,8
Célibataire	30,0	23,1	26,3

Note : Données tirées de l'enquête Santé-Québec 1998 de l'ISQ.
MSSS, SDI, novembre 2000.

Tableau
49

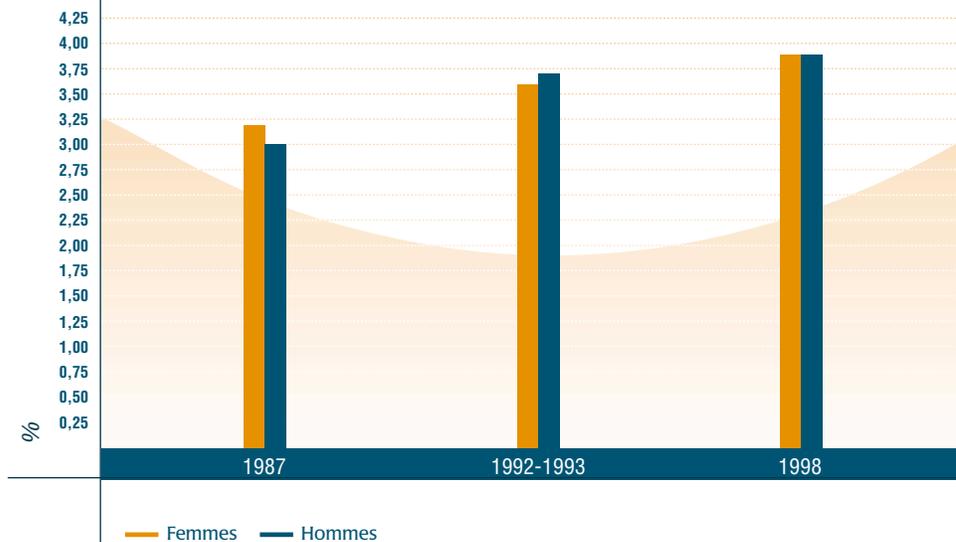
Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus présentant un indice de **détresse psychologique élevé**, selon le statut d'activités et le sexe, au Québec, 1998

Statut d'activités	Femmes	Hommes	Sexes réunis
Travail	22,8	16,0	19,0
Aux études	35,3	21,8	28,5
À la maison	18,5	22,5	18,9
À la retraite	15,2	10,6	12,6
Sans emploi	33,3	28,0	30,0

Note : Données tirées de l'enquête Santé-Québec 1998 de l'ISQ.
MSSS, SDI, novembre 2000.

Figure
83

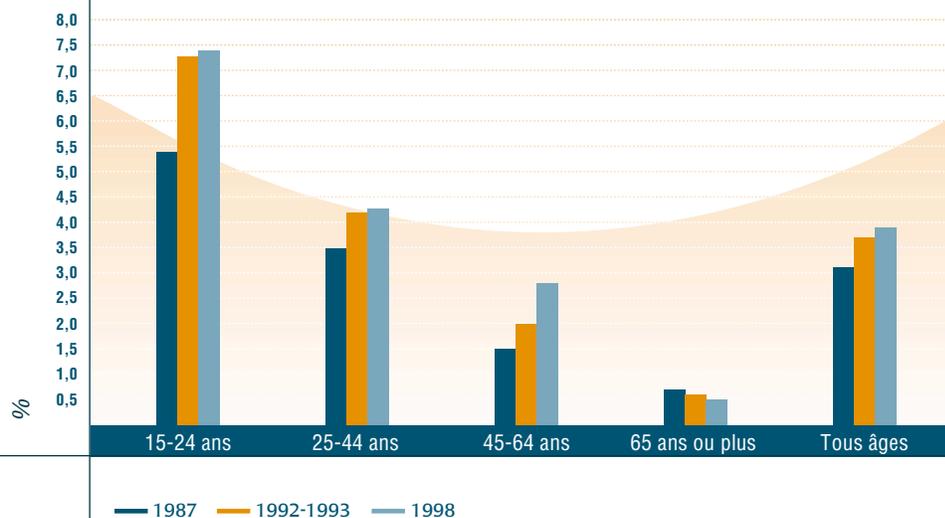
Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus ayant manifesté **des idées suicidaires** au cours des douze mois précédant l'enquête, **selon le sexe**, au Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



Note : Données tirées des enquêtes Santé-Québec 1987, 1992-1993 et 1998 de l'ISQ.
MSSS, SDI, novembre 2000.

Figure
84

Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus ayant manifesté **des idées suicidaires** au cours des douze mois précédant l'enquête, **selon le groupe d'âge**, au Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



Note : Données tirées des enquêtes Santé-Québec 1987, 1992-1993 et 1998 de l'ISQ.
MSSS, SDI, novembre 2000.

L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Depuis deux décennies, au Québec, on observe une hausse relativement constante du recours à l'avortement thérapeutique. La tendance se manifeste dans tous les groupes d'âge jusqu'à 44 ans, mais c'est chez les femmes âgées de 18 à 24 ans que l'augmentation est la plus considérable, le taux étant environ 2,5 fois plus élevé en 1998 qu'en 1980.

L'indice synthétique d'avortement constitue une bonne mesure du phénomène et de son évolution. En fait, il s'agit du nombre moyen d'avortements par femme, calculé pour une génération de femmes qui aurait connu les taux d'avortement observés, selon l'âge, à une année donnée.

Ainsi, on peut estimer que 19 % des femmes en âge de procréer auraient recours au moins une fois à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) au cours de leur vie si elles connaissaient, à chaque âge, les taux d'avortement observés, à ces âges, en 1980. Si l'on réalisait les mêmes estimations, mais avec les taux d'avortement observés en 1995, le pourcentage atteindrait 34 %.

En fait, 12 % des grossesses se sont terminées par une IVG en 1980 ; la proportion a plus que doublé, pour atteindre 26 % en 1997.

DES CHIFFRES

De 1980 à 1998, le taux d'avortement thérapeutique, chez les femmes âgées de 14 à 44 ans, est passé de 9 à 18,2 avortements pour 1 000 femmes, soit une hausse de plus de 100 %.

Chez les femmes âgées de moins de 18 ans, l'augmentation est encore plus considérable (131 %). Par contre, c'est entre 18 et 24 ans que les femmes ont le plus recours à l'avortement, et c'est également dans ces groupes d'âge que l'augmentation du phénomène est la plus accentuée. En effet, dans le groupe des 18 et 19 ans, on compte 37,5 avortements pour 1 000 femmes en 1998 ; en 1980, on en comptait 14,3. On note la même tendance chez les femmes âgées de 20 à 24 ans, le taux passant de 14 à 38,1 durant la même période. Seuls les groupes d'âge formés des femmes de moins de 15 ans et des femmes de 40 à 44 ans n'ont pas vu leur taux d'avortement au moins doubler. En 1998, les taux étaient de 65 % et 56 % respectivement.

En 1980, l'indice synthétique d'avortement, c'est-à-dire le nombre moyen d'avortements par femme, se situait à 0,26. En 1998, il atteint 0,61, et est donc 2,3 fois plus élevé.

Figure
85

Augmentation en pourcentage du **taux d'avortement pour 1 000 femmes en âge de procréer**, selon le groupe d'âge, au Québec, entre 1980 et 1998

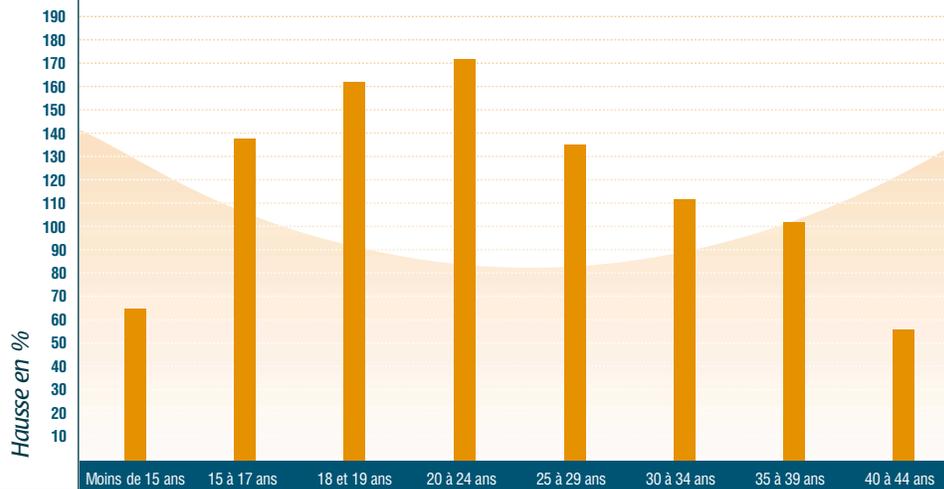
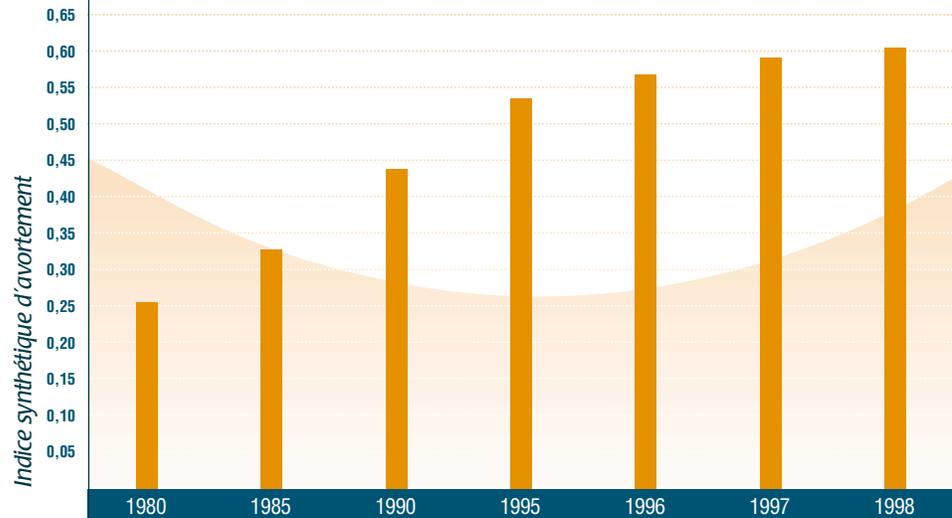


Figure
86

Indice synthétique d'avortement par femme, au Québec, 1980, 1985, 1990 et 1995 à 1998



MSSS, SDI, novembre 2000.

Tableau
50

Taux d'avortement¹ pour 1 000 femmes, selon le groupe d'âge, au Québec, 1980, 1985, 1990 et 1995 à 1998

Groupe d'âge	80	85	90	95	96	97	98
Moins de 18 ans	5,9	9,2	11,2	12,1	12,6	13,2	13,6
Moins de 15 ans	2,0	3,2	3,7	4,4	3,8	4,3	3,3
15 à 17 ans	7,1	11,2	13,7	14,7	15,4	16,0	16,9
18 et 19 ans	14,3	18,7	26,2	33,5	34,7	35,6	37,5
20 à 24 ans	14,0	18,8	27,5	34,1	35,9	38,3	38,1
25 à 29 ans	11,7	14,2	18,9	23,7	25,5	26,4	27,5
30 à 34 ans	8,1	10,3	12,5	14,9	16,3	16,8	17,2
35 à 39 ans	4,8	5,7	7,3	8,5	9,1	9,4	9,7
40 à 44 ans	1,8	1,8	2,0	2,5	2,6	2,8	2,8
45 ans ou plus	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
14 à 44 ans	9,0	11,2	13,9	16,2	17,1	17,8	18,2

1. Il s'agit d'une compilation des données provenant du fichier R-12 de la RAMQ et de données non publiées provenant de CLSC et d'établissements où des avortements non rémunérés à l'acte sont pratiqués ; cette compilation a été effectuée au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

MSSS, SDI, novembre 2000.

LES HABITUDES DE VIE

L'environnement physique, social et économique ainsi que les habitudes de vie jouent un rôle déterminant sur l'état de santé des individus.

Bien que d'importants progrès aient été réalisés en raison de certaines modifications des comportements – par exemple, la réduction de 50 % des accidents routiers attribuable, en partie, à la diminution sensible de la conduite en état d'ébriété –, il n'en reste pas moins que certaines habitudes de vie ont encore un effet négatif important sur la santé des Québécoises et des Québécois.

L'activité physique contribue sensiblement au bon état de santé d'une population. On sait que la pratique régulière d'une activité physique modérée amène une réduction significative de la mortalité prématurée, de l'obésité, de l'hypertension, des maladies cardiovasculaires, du diabète et de l'ostéoporose.

En 1998, la moitié des personnes âgées de 15 ans ou plus déclaraient pratiquer une activité physique de loisir au moins une fois par semaine. Par contre, on note une augmentation de la proportion de personnes actives chez celles dont la fréquence de pratique est déjà élevée (deux fois ou plus par semaine), alors que la tendance est inversée chez les autres (moins d'une fois par semaine). Ainsi, une tendance à la sédentarisation dans une partie importante de la population laisse présager des effets négatifs sur la prévalence de nombreuses maladies.

Au Québec, depuis 1987, on note une progression de la proportion des personnes ayant un excès de poids, le phénomène atteignant plus fortement les hommes que les femmes. Plus l'âge augmente, plus le problème s'amplifie, sauf chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Par ailleurs, dans ce groupe d'âge, le problème est légèrement plus accentué chez les femmes.

La surcharge pondérale résulte, en bonne partie, de l'inactivité physique combinée à une alimentation trop riche en graisses et en sucre. Elle constitue un facteur de risque important de mortalité prématurée. En fait, l'obésité augmente le risque de développer des maladies cardiovasculaires et certains cancers. De plus, elle favorise l'apparition de plusieurs affections débilitantes liées à l'hypertension, aux accidents cérébrovasculaires, au diabète sucré et aux maladies ostéo-articulaires.

La consommation excessive d'alcool constitue l'un des pires facteurs de risque pour la santé et le bien-être des individus. En plus d'engendrer des problèmes familiaux, professionnels et sociaux, elle cause des accidents de la route, des accidents de travail, de la violence familiale et diverses blessures. En outre, la consommation élevée d'alcool augmente le risque de développer une cirrhose, certains cancers et de l'hypertension, sans compter les risques d'accidents cérébrovasculaires et de malformations congénitales.

Selon l'Enquête sociale et de santé réalisée en 1998, au Québec, environ 10 % des buveurs réguliers ou occasionnels avouent avoir pris quatorze consommations ou plus au cours des sept jours précédant l'enquête. Par contre, la proportion de ceux qui n'ont rien consommé a augmenté par rapport à ce qu'elle était dix ans auparavant, passant de 25,9 % en 1987 à 37 % en 1998.

La proportion des jeunes buveurs de 15 à 24 ans qui avouent s'être enivrés au cours des douze mois précédant l'enquête est non seulement très élevée par rapport à celle des gens plus âgés, mais également en nette progression.

Le tabagisme s'avère le facteur de risque à l'origine du plus grand nombre de maladies évitables. Il est la cause de nombreux cancers – notamment de 90 % des cancers du poumon – et de nombreuses maladies respiratoires. Il augmente le risque de faible poids à la naissance, de mort subite du nourrisson et d'allergies. En outre, le tabagisme double le risque de crises cardiaques. Enfin, on estime que la moitié des personnes qui fument régulièrement mourront à la suite de problèmes causés par leur consommation de tabac et que 50 % d'entre elles décéderont avant l'âge de 70 ans.

Au Québec, on note une amélioration de la situation depuis dix ans, la proportion de fumeurs ayant diminué de 15 %. Pendant ce temps, la proportion de ceux qui n'ont jamais fumé augmentait de 6 %. Par contre, jusqu'à 45 ans, la proportion de fumeurs réguliers est supérieure à celle des anciens fumeurs. Mais, après 55 ans, la proportion d'anciens fumeurs est deux fois supérieure à celle des fumeurs réguliers.

Du côté des jeunes, la situation est préoccupante, car un jeune âgé de 15 à 19 ans sur trois fume occasionnellement ou régulièrement. Plus du tiers d'entre eux ont consommé leur première cigarette à l'âge de 12 ans et 80 %, à l'âge de 14 ans. Enfin, la proportion de jeunes fumeuses est de 26 % supérieure à celle que l'on observe chez les garçons du même âge.

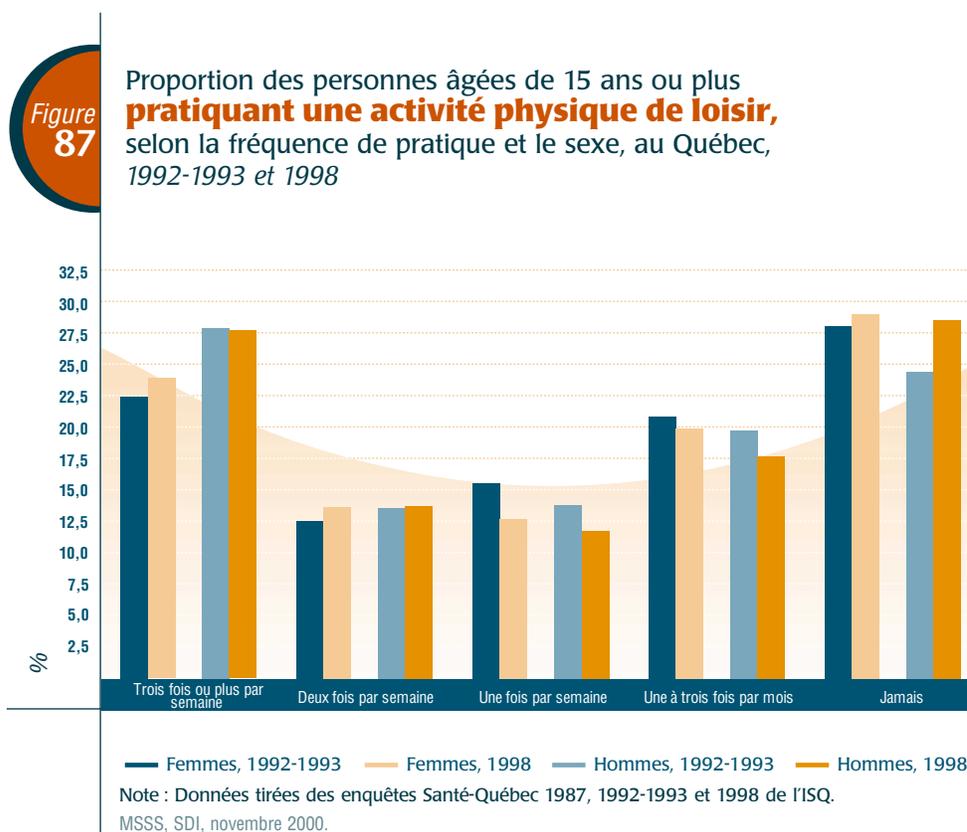
Par ailleurs, la consommation de drogues peut être la cause de nombreux problèmes sociaux et de santé, dont l'ampleur est déterminée par la nature, le volume et le mode d'absorption des substances psychoactives utilisées. Du léger problème physique (ex. : diminution de la salivation) à la dépendance physique ou psychologique, en passant par les issues malheureuses de grossesse (ex. : fausse couche ou malformation congénitale) et la panoplie des dysfonctionnements sociaux, les conséquences de la toxicomanie sont légion.

Au Québec, depuis 1992-1993, la proportion des personnes âgées de 15 ans ou plus n'ayant jamais consommé de drogues est demeurée sensiblement la même, autour de 69 %. Au total, en 1998, une personne sur dix a déclaré avoir consommé de la marijuana, une ou plusieurs fois, au cours d'une période de douze mois consécutifs précédant l'enquête. Si l'on considère l'ensemble des drogues, le rapport augmente à près de 1 personne sur 5 et atteint 2 sur 5 chez les gens âgés de 15 à 24 ans.

DES CHIFFRES

L'activité physique

En 1998, au Québec, 54 % des hommes et 50 % des femmes déclarent pratiquer une activité physique de loisir au moins une fois par semaine. Mais 29 % de la population âgée de 15 ans ou plus ne pratique jamais d'activité physique de loisir, ce qui représente une augmentation de 2,6 points de pourcentage par rapport à 1992-1993. Si, pour les deux sexes, on note une baisse de pratique chez ceux dont la fréquence était, au plus, d'une fois par semaine, on remarque par contre une hausse chez ceux dont la fréquence de pratique était de deux fois ou plus par semaine. Ainsi, 28 % des hommes âgés de 15 ans ou plus et 24 % des femmes du même âge déclarent pratiquer une activité physique de loisir trois fois ou plus par semaine.



La surcharge pondérale

Si l'on considère les personnes âgées de 15 ans ou plus ayant un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 27 (poids mesuré en kilogrammes par rapport au carré de la taille mesurée en mètres), on constate une progression de la proportion de gens ayant un excès de poids au Québec, cette proportion étant passée de 19,4 % en 1987 à 24,7 % en 1992-1993 et à 28,1 % en 1998. On note cependant que la proportion est plus élevée chez les hommes (32,4 %) que chez les femmes (23,8 %) en 1998.

Si l'on stratifie les données selon l'âge, on constate une augmentation de la proportion de gens ayant un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 27 à mesure que l'âge augmente, sauf pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. Dans ce groupe, toutefois, contrairement à ce que l'on observe dans les autres groupes d'âge, la proportion des femmes qui présentent un IMC égal ou supérieur à 27 est plus élevée que celle des hommes.

Figure
88

Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus **ayant un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 27**, selon le sexe, au Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

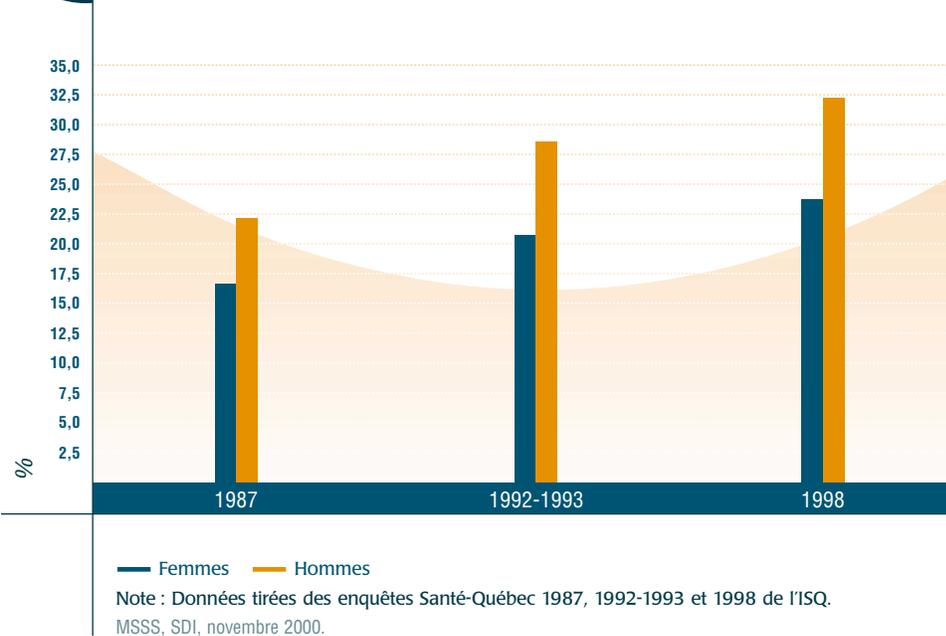
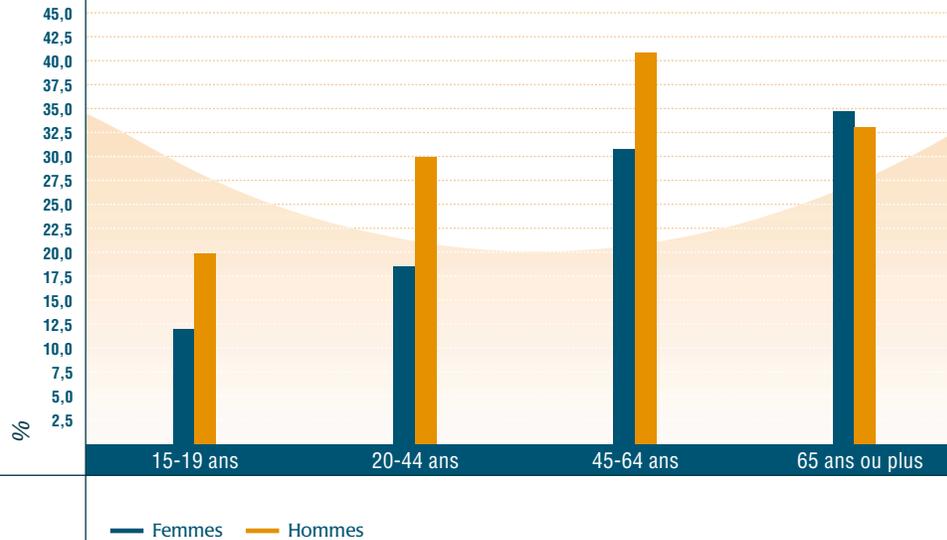


Figure
89

Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus
ayant un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 27,
selon le sexe et le groupe d'âge, au Québec,
1998



Note : Données tirées des enquêtes Santé-Québec 1987, 1992-1993 et 1998 de l'ISQ.
MSSS, SDI, novembre 2000.

La consommation d'alcool

Au milieu des années 1990, au Québec, 9 % des personnes ayant 12 ans ou plus avouaient boire 14 consommations ou plus par semaine, 57 % consommaient un verre ou plus par mois, 24 % consommaient moins d'un verre par mois et 10 % s'abstenaient totalement.

Par contre, si l'on considère les buveurs occasionnels ou réguliers âgés de 15 ans ou plus ayant consommé de l'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête, depuis 1987, ceux qui avouent avoir pris 14 consommations ou plus durant les 7 jours précédant l'enquête constituent 10 % de la cohorte en 1998, une proportion qui a légèrement augmenté depuis 1992-1993. On constate également une petite hausse de la proportion de ceux qui ont consommé de 7 à 13 verres, mais un recul de la proportion de ceux qui en ont consommé de 1 à 6. En 1987, la proportion de ceux qui ont consommé entre 1 et 6 verres était deux fois plus élevée que la proportion de ceux qui n'en avaient consommé aucun (52 % contre 26 %). Dix ans plus tard, les proportions sont pratiquement identiques, soit 38 % et 37 % respectivement.

Dans la même cohorte, en 1998, près de 29 % des personnes âgées de 15 à 24 ans avouent s'être enivrées au moins cinq fois au cours des douze mois précédant l'enquête, une proportion très nettement supérieure aux autres groupes d'âge (3,5 fois plus que les personnes de 25 à 44 ans) et qui est en progression par rapport à 1992-1993.

Figure 90

Parmi les buveurs occasionnels ou réguliers âgés de 15 ans ou plus **ayant consommé de l'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête**, proportion de ceux qui en ont consommé durant les sept jours précédant l'enquête, selon le nombre de consommations, au Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

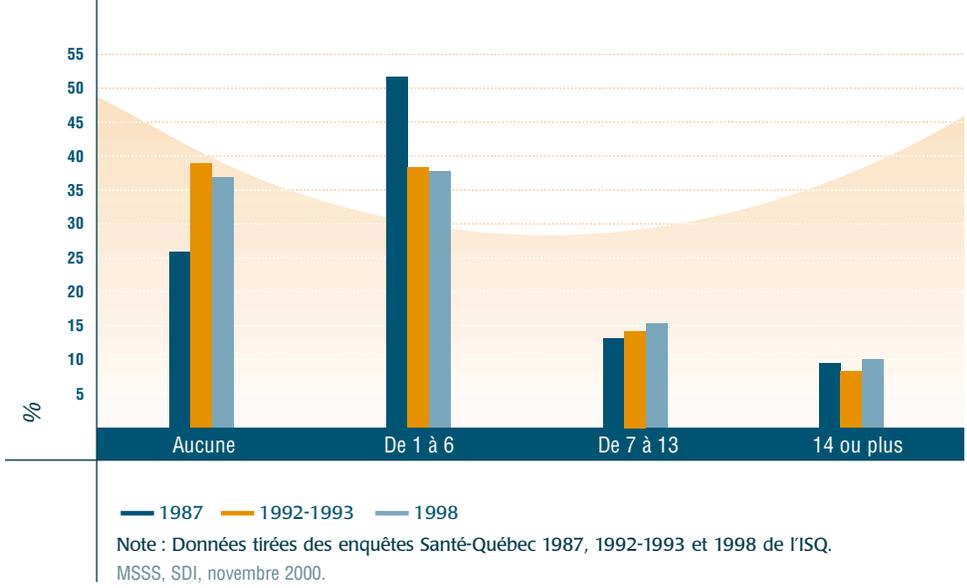
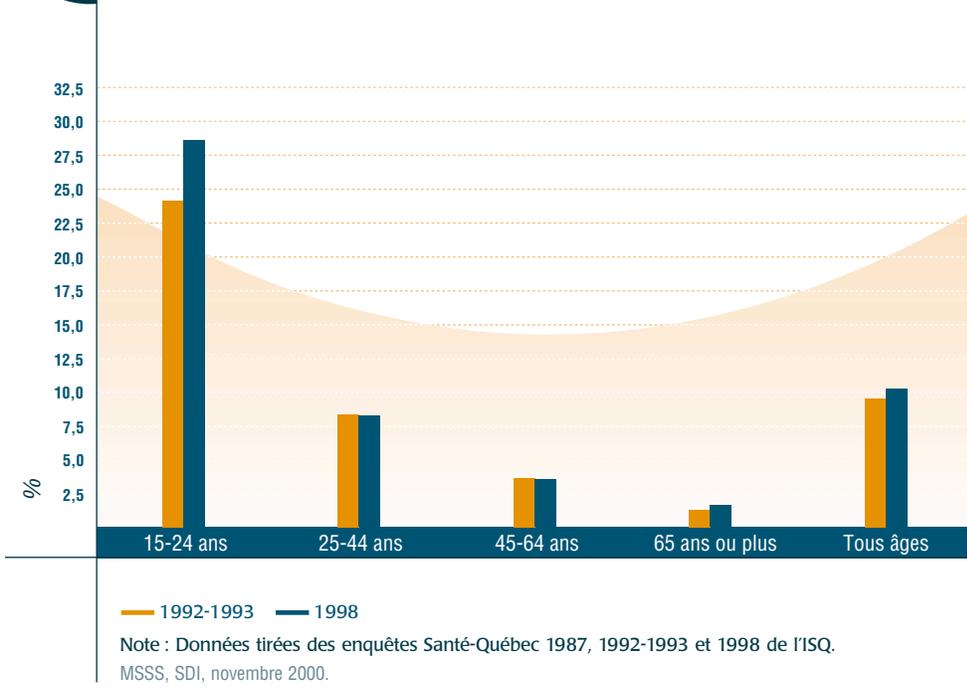


Figure 91

Proportion des buveurs occasionnels ou réguliers âgés de 15 ans ou plus qui **se sont enivrés cinq fois ou plus au cours des douze mois précédant l'enquête**, selon le groupe d'âge, au Québec, 1992-1993 et 1998



Le tabagisme

En 1987, près de 40 % de la population âgée de 15 ans ou plus fumait de façon régulière ou occasionnelle. Dix ans plus tard, la proportion se situe à 34 %. Durant la même période, la proportion de ceux qui n'ont jamais fumé a augmenté de 1,8 point, passant de 30,6 % à 32,4 %. La proportion d'anciens fumeurs est demeurée à peu près au même niveau qu'en 1992-1993, à 34 %, mais elle est tout de même plus élevée d'environ 4,5 points de pourcentage qu'en 1987.

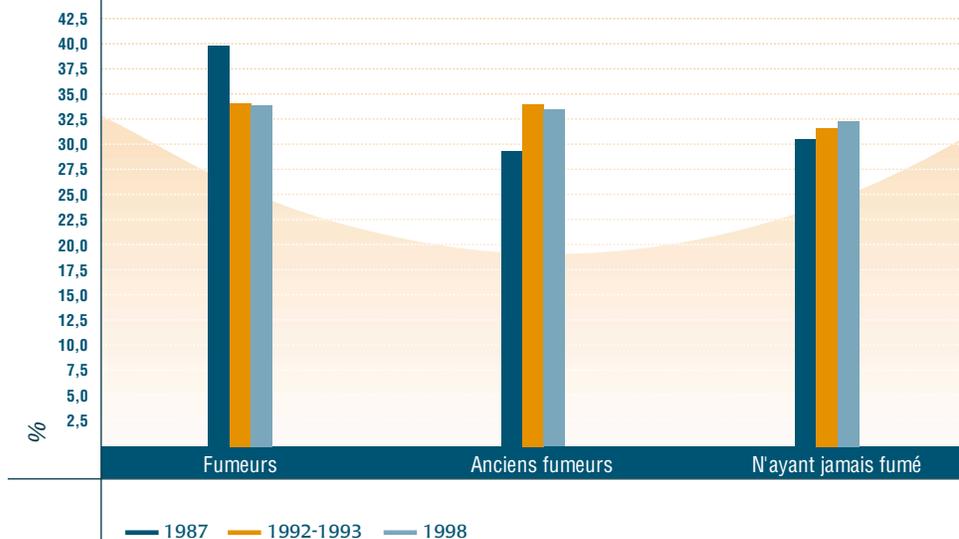
En 1998, c'est chez les personnes âgées de 35 à 44 ans que l'on trouve la plus forte concentration de fumeurs réguliers, avec plus de 37 %, et chez les personnes âgées de 65 ans ou plus que l'on trouve la plus faible, avec moins de 18 %. Jusqu'à 45 ans, la proportion de fumeurs réguliers est plus élevée que celle des anciens fumeurs. À partir de 45 ans, la situation est totalement inversée. Après 55 ans, la proportion d'anciens fumeurs est même deux fois plus importante que celle des fumeurs réguliers.

Au total, en 1998, 34 % des personnes de 15 ans ou plus sont d'anciens fumeurs et 30,5 % sont des fumeurs réguliers. Cependant, malgré la baisse du nombre de fumeurs parmi la population âgée de 15 ans ou plus, on observe une hausse considérable du nombre de jeunes fumeurs. Ainsi, selon des chiffres de 1999, 36 % des jeunes Québécois âgés de 15 à 19 ans fument de façon occasionnelle ou régulière.

Le Québec est donc caractérisé par un problème important de tabagisme chez les jeunes. En 1999, 35 % des jeunes fumeurs auraient consommé leur première cigarette à l'âge de 12 ans et 80 %, à l'âge de 14 ans. Parmi les fumeurs âgés de 15 à 17 ans, les deux tiers seraient déjà des fumeurs quotidiens. Chez les jeunes élèves du secondaire, la proportion de fumeurs, occasionnels et réguliers, est plus élevée pour les filles que pour les garçons (23 % contre 17 %).

Figure
92**Proportion de fumeurs**

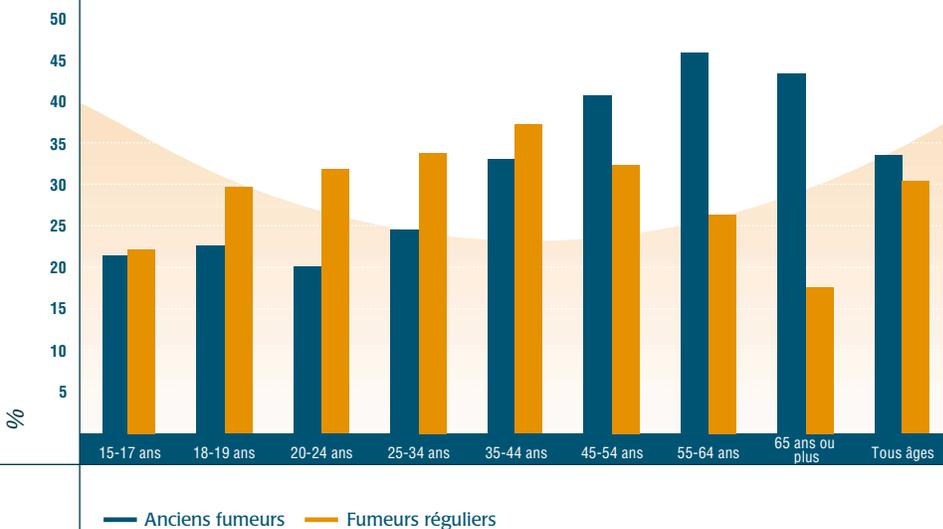
au sein de la population âgée de 15 ans ou plus, selon le type d'usage de la cigarette, au Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



Note : Données tirées des enquêtes Santé-Québec 1987, 1992-1993 et 1998 de l'ISQ.
MSSS, SDI, novembre 2000.

Figure
93**Proportion d'anciens fumeurs et de fumeurs réguliers**

au sein de la population âgée de 15 ans ou plus, selon le groupe d'âge, au Québec, 1998



Note : Données tirées des enquêtes Santé-Québec 1987, 1992-1993 et 1998 de l'ISQ.
MSSS, SDI, novembre 2000.

La toxicomanie

En 1992-1993, près de 70 % des personnes de 15 ans ou plus affirmaient n'avoir jamais consommé de drogue. En 1998, la proportion a à peine bougé, si ce n'est qu'elle a légèrement augmenté pour les femmes et légèrement régressé pour les hommes.

Au cours des douze mois précédant l'enquête de 1998, 10,3 % des personnes âgées de 15 ans ou plus avouaient avoir consommé de la marijuana, que ce soit une ou plusieurs fois. Cette proportion atteignait 17,4 % quand on considérait l'ensemble des drogues. Le nombre le plus élevé de consommateurs de drogues se trouve chez les personnes âgées de 15 à 24 ans. En effet, 40 % d'entre elles ont consommé au moins un type de drogue au cours de la période de douze mois consécutifs et 26 % ont consommé, au moins une fois, de la marijuana. À partir de 25 ans, les proportions diminuent considérablement.

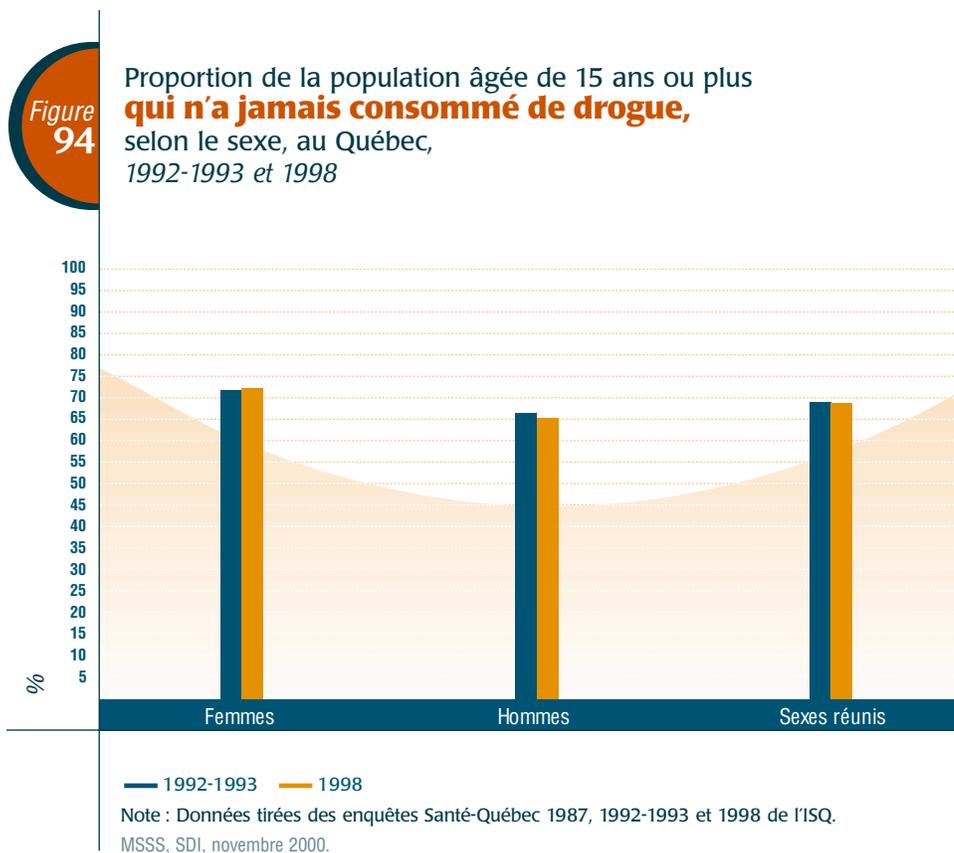
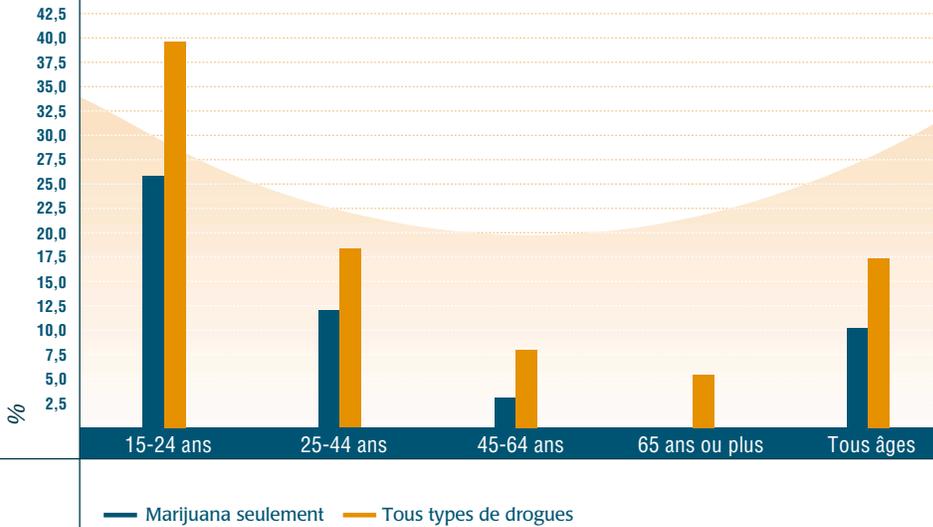


Figure
95

Proportion de la population âgée de 15 ans ou plus
ayant consommé une ou plusieurs drogues
au cours des douze mois précédant l'enquête,
selon le type de drogue et le groupe d'âge, au Québec,
1998



— Marijuana seulement — Tous types de drogues
Note : Données tirées de l'enquête Santé-Québec 1998 de l'ISQ.
MSSS, SDI, novembre 2000.

UNE PERSPECTIVE

Le système sociosanitaire québécois se caractérise par son originalité et son dynamisme. Il constitue l'un des acquis sociaux les plus importants de la société québécoise. La réforme entreprise au début des années 1990 a marqué une étape importante dans l'évolution de l'intervention en matière de santé et de bien-être. La Politique de la santé et du bien-être qui lui a servi d'appui définit une perspective globale, multisectorielle, dans laquelle s'inscrit l'activité du système.

Deux questions fondamentales se posent : quels choix sociaux offrent les meilleures possibilités d'améliorer la santé et le bien-être de la population ? Comment le réseau de services peut-il le mieux contribuer à cet objectif ?

Si la première question engage tous les secteurs d'activité de la vie collective, la seconde, elle, exige que tous les acteurs du système sociosanitaire mettent le cap sur l'efficacité et l'efficience, c'est-à-dire s'engagent dans des activités dont l'effet se traduit par une diminution des problèmes et une maximisation de l'utilisation et du rendement des ressources investies.

Ainsi, le ministère de la Santé et des Services sociaux, de concert avec les instances régionales et les intervenants du secteur sociosanitaire, a mené une opération connue sous le nom de « transformation du réseau ». Cette transformation poursuivait trois objectifs :

- adapter le système aux besoins changeants de la population ;
- tirer le meilleur profit des nouvelles technologies d'intervention ;
- protéger les acquis sociaux malgré le contexte budgétaire.

Ces objectifs ont été atteints dans le sens où l'on a pu rationaliser les ressources des services hospitaliers de courte durée et développer les services de soutien à domicile afin de rapprocher les services du milieu de vie de la population, surtout pour les clients en perte d'autonomie. L'amélioration de certains processus et le développement de technologies nouvelles ont également permis d'éviter les longs séjours hospitaliers. On a en outre favorisé le recours à la chirurgie d'un jour et le développement de ressources plus légères afin d'éviter l'hospitalisation à certains et de retarder l'hébergement pour d'autres. Enfin, l'assainissement des finances publiques a permis des réinvestissements majeurs en vue de consolider les services et de restructurer financièrement les établissements.

POUR SUIVRE LES EFFORTS

À la faveur de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, certaines actions structurantes ont été entreprises. Elles devront être menées à terme. D'autres, cependant, représentent des avenues à explorer plus en profondeur et nécessitent des expérimentations plus poussées. Dans les deux cas, il importe d'analyser les conditions de succès qui doivent accompagner ces actions ainsi que les conséquences qu'elles entraînent. Ainsi, le Ministère et ses collaborateurs ont, sur leurs tables de travail, des exercices qui visent :

- à établir des processus d'allocation des ressources impliquant la répartition équitable de l'enveloppe budgétaire régionale et du montant affecté à l'enveloppe des services nationaux et suprarégionaux ;
- à assouplir les règles relatives à l'organisation du travail afin de permettre une plus grande marge de manœuvre aux organisations locales dans la mise en place de la gamme de services de base, notamment en ce qui concerne la mobilité du personnel et le développement des compétences ;
- à accentuer les collaborations avec les corporations professionnelles afin d'améliorer la qualité des relations avec les personnes et de favoriser le travail interdisciplinaire ;
- à rechercher les modes de rémunération les plus susceptibles de satisfaire aux objectifs du réseau de services intégrés et établir des plans de pratique dans les réseaux universitaires ;

- à prendre en compte la performance dans le financement des établissements et l'attribution des budgets ;
- à susciter des projets innovateurs favorisant l'amélioration de la continuité des services ;
- à promouvoir des projets de liaison, sur une base locale, avec d'autres secteurs d'activité, notamment dans le milieu scolaire et le domaine municipal ;
- à développer, dans le respect des règles de confidentialité, les supports technologiques nécessaires à la transmission de l'information (carte à puce, inforoute, télésurveillance, télémedecine), à l'information de la population, à la formation des ressources humaines et à la prise de décision.

À la fin des années 1990, le gouvernement québécois a atteint un équilibre budgétaire. Grâce aux surplus engendrés par une croissance économique favorable, certaines ressources financières ont pu être dégagées, ce qui permet un investissement majeur dans le maintien et le développement des services à la population. Ainsi, dans son budget 2000-2001, le Québec a inscrit une injection de 2,7 milliards de dollars supplémentaires dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Cet effort financier important du gouvernement est accompagné d'une révision des modes de gestion qui seront dorénavant axés sur l'atteinte de résultats et l'instauration d'une véritable responsabilisation c'est-à-dire sur l'imputabilité et la reddition de comptes. À cet égard, plusieurs mesures législatives et administratives sont mises en places afin, premièrement, d'assurer le respect de l'équilibre budgétaire des établissements, deuxièmement, de favoriser une gestion fondée sur la performance et l'atteinte de résultats, et, troisièmement, de clarifier le partage des responsabilités entre le Ministère et le réseau.

L'injection massive de fonds dans le secteur névralgique de la santé et des services sociaux répond aux vœux des Québécoises et des Québécois. Ces ressources additionnelles devraient assurer l'accès universel aux services, sans compromis sur la qualité de ces services.

À moyen et à plus long terme, cependant, il faudra obligatoirement intervenir en amont des problèmes, notamment sur les déterminants comme la pauvreté et les rôles sociaux, et faire en sorte que le « virage ambulatoire » s'accompagne aussi d'un « virage » vers la prévention et la promotion. Il faudra également mettre à jour les orientations et les objectifs retenus dans la Politique de la santé et du bien-être.

À LA RECHERCHE D'UN NOUVEL ÉQUILIBRE

La dynamique d'accélération de la croissance des coûts, en bonne partie fondée sur les changements démographiques et la révolution technologique, demeure préoccupante. Ainsi, dans le contexte prévisible des besoins et des ressources, il est clair que l'avenir du système de santé et de services sociaux du Québec, à l'instar de celui de la plupart des pays développés, repose sur un nouvel équilibre à trouver entre l'évolution des besoins, l'aptitude du système à gérer les services et la capacité de payer de la collectivité. Par ailleurs, on sait que cette capacité a des limites ; mais le fait de les reconnaître conduit nécessairement à être efficace, c'est-à-dire à rechercher les meilleurs résultats au meilleur prix, et à être efficace, c'est-à-dire à faire les choix et à poser les gestes qui nous permettront d'atteindre cet objectif.

Aussi, en juin 2000, le gouvernement du Québec créait la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présidée par M. Michel Clair, afin de déterminer, avec la population, les partenaires du réseau, les organisations représentatives et plusieurs spécialistes des questions relatives à l'organisation des services et au financement du système, les conditions nécessaires à ce nouvel équilibre.

Forte de son mandat, la commission Clair a tout d'abord posé un diagnostic réaliste concernant les difficultés qui assaillent de plus en plus le système sociosanitaire. Ses constats l'ont amenée à proposer une nouvelle vision d'avenir, susceptible de recueillir l'adhésion de l'ensemble des Québécoises et des Québécois, afin de faire face à la double obligation de choisir et de performer. Puis, en s'appuyant sur une série de principes directeurs, la commission Clair a fait émerger plusieurs pistes de solution, regroupées sous quatre grands thèmes : l'organisation des services, les ressources humaines nécessaires, le financement des services et la gouvernance ou la gestion des services.

Qu'il s'agisse de hiérarchiser davantage les services, de centrer le système sur des services de première ligne offerts par les CLSC et des groupes de médecins de famille, de développer des « corridors » de services intégrés pour certaines clientèles cibles, de créer une caisse d'assurance pour faire face au vieillissement rapide de la population ou encore de favoriser la responsabilisation de tous les acteurs qui participent au système — de l'utilisateur jusqu'à l'autorité ministérielle —, toutes ces solutions devront s'articuler autour d'un ensemble d'actions indissociables, à savoir : décider, agir, évaluer et ajuster.

Cependant, le succès de l'entreprise passe essentiellement par la réduction, sinon l'élimination, des rigidités qui paralysent actuellement le système, soit à cause des intérêts particuliers de certains groupes de prestataires de soins, ou en raison des contraintes inhérentes aux multiples conventions collectives en vigueur ou au processus de négociation lui-même. Aussi, la commission Clair reconnaît que la participation de chacun des acteurs ainsi que la volonté de chacun de collaborer et de coordonner ses efforts en vue de réaliser ce grand projet constituent l'assise même de tout l'édifice, la voie obligée devant mener vers le nouvel équilibre.

Ainsi, dans le rapport qu'elle a rendu public en janvier 2001, la commission Clair a soumis 95 éléments de solutions, soit 36 recommandations globales et 59 propositions qui en découlent, susceptibles de donner l'élan nécessaire à l'atteinte et au maintien de l'équilibre qu'exige le bon fonctionnement d'un système de santé et de services sociaux qui, outre ses difficultés, suscite l'attachement et la fierté de la grande majorité des Québécoises et des Québécois.

Par ailleurs, dans son Plan stratégique 2001-2004, le Ministère se donne cinq grandes orientations qui seront les assises de toute sa stratégie : convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs ; améliorer l'accès aux services et assurer l'organisation optimale des ressources ; doter le réseau de ressources humaines qualifiées, de moyens informationnels adéquats et de méthodes de budgétisation appropriées ; stabiliser le financement des services et la croissance des dépenses ; clarifier les responsabilités des différents acteurs et accroître leur imputabilité.

Ainsi, avec une stratégie appropriée, l'appui de ses nombreux partenaires et l'utilisation judicieuse de tous ses leviers d'intervention, le Ministère entend poursuivre avec succès sa mission, à savoir maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être des Québécois et des Québécoises en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

Les efforts actuels ainsi que les réflexions qui se poursuivent — que ce soit au sein du Ministère, avec ses partenaires, ou dans le cadre de débats suscitant la participation de l'ensemble de la population québécoise —, visent à rendre le système de santé et de services sociaux du Québec encore plus performant, c'est-à-dire encore mieux outillé pour faire face aux multiples besoins des clientèles variées auxquelles il s'adresse.

Qu'il s'agisse d'une prise de conscience accrue des possibilités d'amélioration du système ou de son adaptation continue à l'évolution de la société, l'optique de ce nouvel équilibre à trouver demeure.

ANNEXES

ANNEXE 1

LA PARTICIPATION DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Pour comprendre la structure des programmes sociosanitaires en vigueur au Québec, il faut considérer le fait qu'il est, depuis 1867, membre de la Confédération canadienne. À la différence d'un État unitaire, un État appartenant à une fédération doit partager ses champs de compétence suivant des critères variables.

Sur le plan constitutionnel, deux aspects fondamentaux doivent être considérés dans les interventions gouvernementales, notamment en matière de services de santé et de services sociaux : le partage des compétences entre les gouvernements fédéral et provinciaux et les arrangements fédéraux-provinciaux définis en marge de la Constitution.

Ainsi, en vertu de la Constitution canadienne, les services de santé et les services sociaux sont de compétence provinciale, sauf pour certains citoyens, par exemple les membres des forces armées et les Amérindiens, et pour certains services, par exemple l'approbation des médicaments.

De plus, le gouvernement fédéral contribue au financement de divers services provinciaux, dont la santé et les services sociaux, par l'entremise de transferts monétaires et fiscaux établis à partir de règles de partage telles que la péréquation ou de lois spécifiques, telles que la Loi sur l'assurance hospitalisation et les soins diagnostiques.

La péréquation est un mécanisme de partage et de stabilisation des recettes fiscales des provinces ; elle fut instaurée en 1957. Elle vise à ramener la capacité fiscale des provinces les plus pauvres vers une norme leur permettant de donner des services comparables à ceux qui sont offerts par les provinces les plus riches.

La même année, le gouvernement canadien édicta la Loi sur l'assurance hospitalisation et les soins diagnostiques. Cette loi garantissait le financement par le fédéral des programmes d'assurance hospitalisation des provinces dans une proportion de 50 %. Le Québec s'opposa à ce type d'arrangement et réclama plutôt un transfert de ressources fiscales. C'est pourquoi il n'adhéra au programme qu'en 1961. En 1964, le Canada offrit aux provinces la possibilité de financer les programmes d'assurance hospitalisation et d'assistance sociale au moyen d'un transfert fiscal sous forme de péréquation. Seul le Québec se prévalut de l'offre en vertu de la Loi sur les programmes établis.

L'assurance maladie fut à son tour l'objet d'une loi de financement. En effet, en 1965, le gouvernement fédéral fut amené à contribuer aux régimes d'assurance maladie. Il vota la Loi sur les soins médicaux. Comme dans le cas de l'assurance hospitalisation, le Canada assumait environ 50 % des dépenses des provinces.

À partir de 1977, c'est la Loi sur le financement des programmes établis qui assura le financement de ces programmes. Le financement des programmes établis comprenait une composante monétaire et un transfert de points d'impôt. Au moment de son instauration, la composante fiscale de ce régime de transfert suivait le rythme de l'économie, c'est-à-dire l'évolution du produit intérieur brut (le PIB est une mesure de la production de biens et services réalisée à l'intérieur du pays, sans égard à la citoyenneté de ses résidents et résidentes), alors que la composante monétaire évoluait en fonction du produit national brut (le PNB est une mesure de la production de biens et services réalisée par les citoyens et citoyennes d'un pays, sans égard à leur lieu de résidence). Depuis, le gouvernement fédéral a imposé plusieurs changements et mesures qui ont sensiblement modifié à la baisse les transferts aux provinces.

La diminution de la participation du gouvernement fédéral au financement des programmes de santé et de services sociaux s'est concrétisée d'abord à travers la Loi canadienne sur la santé adoptée en 1984, loi par laquelle le gouvernement a imposé de nouvelles restrictions aux provinces. Puis en 1986, le projet de loi C-96 a limité la contribution fédérale à la croissance du PIB moins deux points de pourcentage. En 1989, on assiste à une nouvelle réduction, d'un point de pourcentage cette fois, sur la base de la croissance du PIB. En 1990, une entente imposera une autre réduction basée sur un gel des contributions au FPE de 1989-1990 ; elle sera valide pour une période de deux ans. En 1992, cette entente est reconduite jusqu'en 1996.

En 1996, le gouvernement fédéral a adopté le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, qui vient remplacer le Financement des programmes établis et le Régime d'assistance publique du Canada ; ce dernier existait depuis 1966. Concurrément à l'introduction de ce nouveau programme de transfert, le gouvernement fédéral a procédé à des réductions importantes des transferts monétaires aux provinces.

En 1999-2000, cependant, des suppléments ponctuels et une augmentation des montants de base ont été consentis aux provinces. En septembre 2000, ces dernières et le gouvernement central en venaient à une entente visant une augmentation des transferts, à certaines conditions fixées par le fédéral mais décriées par un certain nombre de provinces, dont particulièrement le Québec.

ANNEXE 2

LA LISTE DES LOIS EN VIGUEUR DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être

Loi sur le Conseil médical du Québec

Loi sur les services de santé et les services sociaux

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones Cris

Loi sur les sages-femmes

Loi sur l'assurance maladie

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui

Loi sur la protection de la santé publique

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées

Loi sur l'assurance hospitalisation

Loi sur les inhumations et les exhumations

Loi sur les cimetières non catholiques

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux

Loi sur le tabac

Loi sur l'assurance médicaments

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec

Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec

Loi sur la protection de la jeunesse

BIBLIOGRAPHIE

- ANCTIL, Hervé, Pierre MONTAMBAULT et Marc-André ST-PIERRE. *Santé et bien-être : La perspective québécoise*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993.
- BEAUPRÉ, Michel, et Marc-André ST-PIERRE. *Le système sociosanitaire québécois en quelques chiffres*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992.
- BÉDARD, Denis. « Le financement des soins socio-sanitaires : Une nouvelle étape possible dans la réforme du système », *Observatoire de l'administration publique*, ENAP, 2000.
- BÉLISLE, Georges, Louise GUYON, René PERREAULT et Christian SASSEVILLE. *Les affaires sociales au Québec*, Québec, ministère des Affaires sociales, 1980.
- BOUCHER, Caroline. *Description du système préhospitalier d'urgence au Québec : Historique, évolution et enjeux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999.
- CHOINIÈRE, Robert, et Danielle ST-LAURENT. *Surveillance de la mortalité au Québec : 1976-1997*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. « Analyses et surveillance », no 13, 1999.
- COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Consultation publique sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux*, Guide d'animation, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
- COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.
- COMITÉ NATIONAL SUR LA RÉVISION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE. *Un système à mettre en place*, Rapport, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
- COMITÉ NATIONAL SUR LA RÉVISION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE. *Un système à mettre en place*, Sommaire exécutif, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
- DAVELUY, Carole, Lucille PICA, Nathalie AUDET, Robert COURTEMANCHE, France LAPOINTE et autres. *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000.
- GRUPE DE TRAVAIL POUR LA RÉVISION DU CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LES SERVICES À DOMICILE. *Pour une politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de soutien aux proches*, Rapport interne, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
- GUYART, Patrice. *Les services préhospitaliers d'urgence*, feuillet produit par la Direction générale au suivi et au soutien du réseau, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.
- LESSARD, Carolle. « Indicateurs repères sur l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, 1993-1994 à 1998-1999 » : *Repères sur l'évolution des pratiques et de l'application de la LPJ*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
- LESSARD, Carolle. *Indicateurs repères sur l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, 1993-1994 à 1998-1999*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Financement : État de situation et perspectives », *Financement et organisation des services de santé et des services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « La santé et les services sociaux : Enjeux, orientations stratégiques d'un système en transformation », *Sommet sur l'économie et l'emploi*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Organisation des services : État de situation et perspectives », *Financement et organisation des services de santé et des services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2001-2004*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Santé et Services sociaux : Des réponses – Notre souci, toujours mieux informer la population*, feuillet, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Santé et Services sociaux : Services, objectifs, moyens, résultats – Les services à la population*, feuillet, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Santé et Services sociaux : Les principes – Nos convictions*, feuillet, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Santé et Services sociaux : Ressources humaines – Notre force, des personnes compétentes et dévouées*, feuillet, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Santé au Québec : Quelques indicateurs – Financement et organisation des services de santé et des services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *INFO-MED-ÉCHO, Bulletin d'information sur l'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mai 2000.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *INFO-SAS, Bulletin d'information générale du Service de l'analyse statistique*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 1999.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le système de santé et de services sociaux : Un actif à consolider*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le virage ambulatoire en santé physique : Enjeux et perspectives*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les dépenses de santé du Québec et le financement des programmes établis : Problématique et enjeux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995.
- MINISTÈRE DES FINANCES. « Budget de dépenses 2000-2001 », *Livre des crédits*, vol. 1, Québec, ministère des Finances, 2000.
- MINISTÈRE DES FINANCES. *Budget 2000-2001 : Discours sur le budget*, Québec, ministère des Finances, 2000.
- MINISTÈRE DES FINANCES. *Budget 2001-2002 : Discours sur le budget*, Québec, ministère des Finances, 2001.
- MINISTÈRE DES FINANCES. *Budget 2000-2001 : Plan budgétaire*, Québec, ministère des Finances, 2000.
- MINISTÈRE DES FINANCES. *Budget 2001-2002 : La situation financière du gouvernement en 2000-2001 et les emprunts du secteur public*, Québec, ministère des Finances, 2001.
- MINISTÈRE DES FINANCES. *Budget 2001-2002 : Le système de santé, un maillon vital*, Québec, ministère des Finances, 2001.
- PAGEAU, Michel, Marc FERLAND, Robert CHOINIÈRE et Yves SAUVAGEAU. *Indicateurs sociosanitaires : Le Québec et ses régions*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. « Analyses et surveillance », no 4, 1997.
- PELLETIER, Gilles. « L'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec : Statistiques évolutives 1982-1983 à 1997-1998 », Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. « Données statistiques et indicateurs », no 36, 1999.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE. *Rapport annuel*, Québec, Régie de l'assurance maladie, 1990-1991 à 1999-2000.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE. *Statistiques annuelles*, Québec, Régie de l'assurance maladie, 1990 à 1999.
- RHEAULT, Sylvie, et Marie-Ève BROUARD. *Validité de l'indicateur québécois des dépenses de santé sur le PIB dans le contexte de la péréquation canadienne*, document de travail, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
- ROY, Yvonnick, Alain SAUCIER et Marc-André ST-PIERRE. *Le système de santé et de services sociaux au Québec*, Québec, ministère des Affaires sociales, 1985.
- ST-PIERRE, Marc-André. *Le coût et l'efficacité des services de santé et des services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996.
- ST-PIERRE, Marc-André. *Le système de santé et de services sociaux du Québec : Un aperçu*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989.
- TRAHAN, Lysette, Pauline BÉGIN, Marie DEMERS et Pierre LAFONTAINE. *Évaluation des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999.

