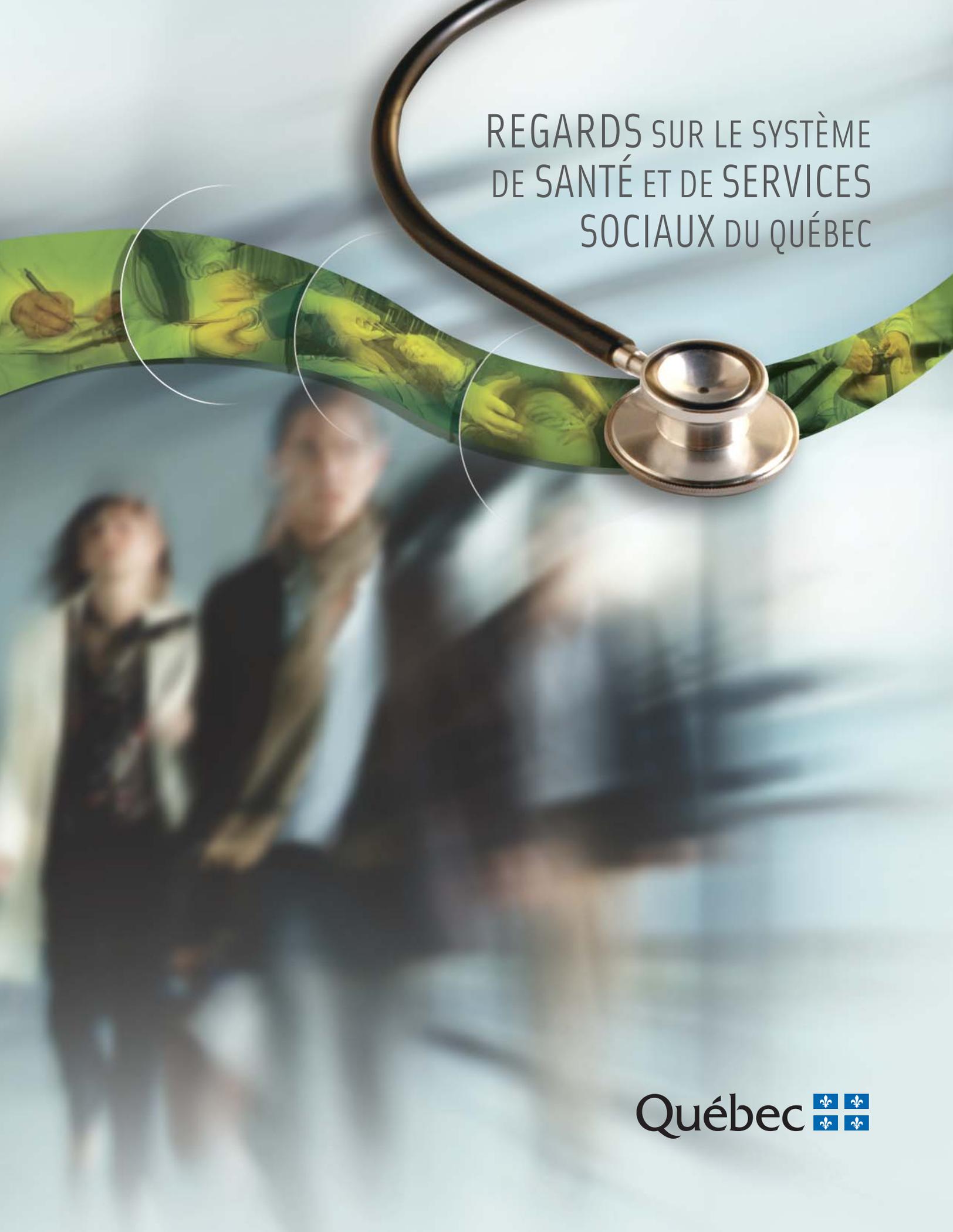
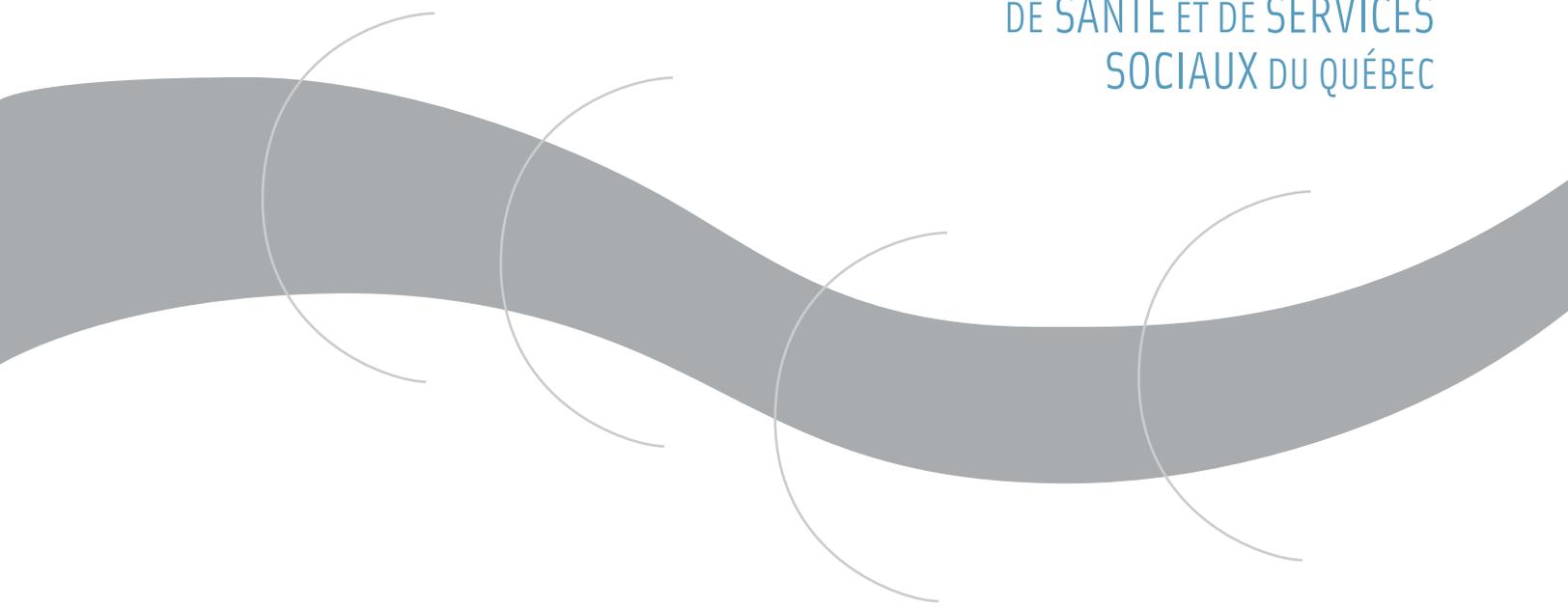


REGARDS SUR LE SYSTÈME
DE SANTÉ ET DE SERVICES
SOCIAUX DU QUÉBEC





REGARDS SUR LE SYSTÈME
DE SANTÉ ET DE SERVICES
SOCIAUX DU QUÉBEC

Avril 2009

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont largement contribué à la réalisation de ce document. Convaincu qu'elles se reconnaîtront, l'auteur renonce à les nommer toutes. Par contre, il tient à ce que chacune d'entre elles sache bien que sa grande appréciation et sa profonde gratitude lui sont acquises.

Pour rédiger le texte sur l'historique du système sociosanitaire, l'auteur a puisé abondamment dans les travaux réalisés à la Direction des politiques et des orientations stratégiques du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Aussi, il tient absolument à souligner cet apport considérable à la réalisation de ce document, en adressant aux autres membres de cette équipe, ainsi qu'à la personne qui la dirige, un merci très sincère.

L'auteur adresse, de surcroît, des remerciements très particuliers à son comité de lecture. Celui-ci était composé de messieurs Michel Clavet, Gilles Pelletier et Alain Saucier, du MSSS, ainsi que de monsieur Pierre Martin, de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ce document, tant dans sa forme que dans son contenu, doit beaucoup à leur souci constant d'exactitude, à leur habileté reconnue à dépister les incohérences, ainsi qu'à leur connaissance étendue de l'expression écrite des concepts et des idées.

Cette publication a été réalisée sous la coordination administrative de messieurs Alain Saucier, directeur de la Gestion intégrée de l'information et Pierre Laflamme, directeur général adjoint aux Ententes de gestion, ainsi que madame Lise Verreault, sous-ministre adjointe à la Coordination, au financement, aux immobilisations et au budget.

Conception, recherche et rédaction

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

Traitement et mise en pages du texte

Johanne Tardif, Service du développement de l'information.

Édition

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le 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.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-550-54734-1 (version PDF)

ISBN : 978-2-550-54733-4 (CD)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

PRÉFACE

Le système de santé et de services sociaux québécois est l'un des acquis dont nous pouvons nous enorgueillir. Son histoire est riche des législations, des transformations et des innovations qui lui ont permis de s'inscrire dans la foulée des grands courants propres aux sociétés du 21^e siècle. Le Québec a donc beaucoup à dire sur le sujet. Bien sûr, on porte un grand intérêt aux principes et aux valeurs qui nous guident en cette matière, mais autant, sinon plus, à l'organisation même 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 morcelés, ou emmagasinés dans d'immenses banques de données, ou encore consignés dans des documents spécialisés ou de volumineux rapports qui connaissent une diffusion relativement restreinte. Il faut donc un instrument plus accessible afin de répondre aux besoins d'information du public.

Aussi, c'est avec grand plaisir que je vous offre le document intitulé *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*.

Cette publication du ministère de la Santé et des Services sociaux veut permettre au lecteur d'acquérir une compréhension globale du système sociosanitaire québécois. Son originalité est, d'une part, de proposer un rappel historique des principaux événements ayant mené à sa mise en place et à son développement actuel et, d'autre part, de présenter, de manière synthétique, une vue d'ensemble chiffrée de ses principales dimensions, qu'il s'agisse des ressources humaines et institutionnelles qu'il nécessite, de l'utilisation des services qu'il offre ou 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 d'activité, 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 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 du Québec consent autant d'efforts, qu'ils soient d'ordre financier ou autre, à l'organisation des services afin de toujours mieux les adapter aux nouvelles réalités et aux nouveaux besoins de celles et de ceux à qui ils s'adressent, et si tous les acteurs impliqués s'interrogent constamment sur les meilleures façons de financer et de gérer ces services, c'est que le désir de doter la société québécoise d'un système de santé et de services sociaux à la hauteur de ses attentes demeure pour nous tous 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.

Jacques Cotton

Le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux

AVANT-PROPOS

Depuis plus d'un quart de siècle, 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 socio-sanitaire, ces documents présentent plusieurs chiffres qui en illustrent les aspects fondamentaux. *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec* se situe dans la lignée des publications antérieures du même type; en voici d'ailleurs quelques exemples :

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;
Le système de santé et de services sociaux du Québec : Une image chiffrée, publié en 2001.

Cette publication se veut donc un outil de référence pratique. Elle n'a pas pour objectif 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 www.msss.gouv.qc.ca, sur celui de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca et sur celui de l'Institut national de santé publique du Québec www.inspq.qc.ca.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
LE QUÉBEC	17
Des caractéristiques territoriales	19
Des caractéristiques démographiques	21
Des caractéristiques socio-économiques	27
Des caractéristiques sociosanitaires	31
L'HISTORIQUE DU SYSTÈME SOCIO SANITAIRE	37
L'émergence d'une politique	38
Les années 1960 et 1970 : une réforme	39
Les années 1980 et 1990 : une révision en profondeur	41
Les années 2000 : un équilibre à trouver	43
LES DIMENSIONS DU SYSTÈME SOCIO SANITAIRE	49
La structure actuelle	50
Les ressources humaines	54
Les ressources institutionnelles	64
L'utilisation des services	71
Les coûts	92
LE CAHIER STATISTIQUE	105
La population	106
La société	110
Les ressources humaines	122
Les ressources institutionnelles	130
L'utilisation des services	138
Les coûts	156
ANNEXES	179
Annexe 1 Brefs rappels historiques au sujet de la régionalisation au sein du système socio-sanitaire québécois	181
Annexe 2 Brefs rappels historiques au sujet de la participation de la population à la gestion du système socio-sanitaire québécois	183
Annexe 3 Brefs rappels historiques sur la participation du secteur privé au système socio-sanitaire québécois	185
Annexe 4 Brefs rappels historiques sur la participation du gouvernement fédéral au financement du système socio-sanitaire québécois	188
Annexe 5 Lois dont l'application est, partiellement ou totalement, sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux	191
Annexe 6 Liste des organismes relevant de l'autorité du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec	192
BIBLIOGRAPHIE	193

LISTE DES FIGURES

Les données ayant servi à l'élaboration des figures ont été puisées à même le contenu des tableaux présentés dans le Cahier statistique.

FIGURE 1 : Le Québec en Amérique du Nord, en 2008	19	FIGURE 14 : Indice synthétique de fécondité quinquennal et âge moyen de la mère à la naissance, au Québec, de 1952 à 2007	32
FIGURE 2 : Les régions sociosanitaires québécoises regroupées, en 2008	20	FIGURE 15 : Indice synthétique d'interruption volontaire de grossesse, d'hystérectomie, de ligature des trompes et de vasectomie, au Québec, de 1976 à 2006	33
FIGURE 3-A : Population du Québec, pyramide des âges, situation observée au 1 ^{er} juillet, en 1961	21	FIGURE 16 : Nombre de décès et taux brut de mortalité quinquennaux, au Québec, de 1902 à 2007	34
FIGURE 3-B : Population du Québec, pyramide des âges, situation observée au 1 ^{er} juillet, en 2008	22	FIGURE 17 : Nombre de décès infantiles et taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes, au Québec, de 1971 à 2007	35
FIGURE 3-C : Population du Québec, pyramide des âges, situation observée au 1 ^{er} juillet, en 2051	23	FIGURE 18 : Taux de mortinatalité et taux de mortalité périnatale, néonatale et infantile, au Québec, de 1976 à 2005	35
FIGURE 4 : Proportion décennale des personnes âgées de 65 ans ou plus parmi la population québécoise, situation observée au 1 ^{er} juillet, de 1961 à 2051	23	FIGURE 19 : Espérance de vie à la naissance et à 65 ans au sein de la population québécoise, évolution des écarts d'espérance en faveur des femmes, selon la période triennale, de 1980-1982 à 2005-2007	36
FIGURE 5 : Évolution de la population du Québec selon certains groupes d'âge, situation observée au 1 ^{er} juillet, de 1971 à 2008	24	FIGURE 20 : Le système de santé et de services sociaux du Québec, en 2008	52
FIGURE 6 : Rapport de dépendance quinquennal au sein de la population québécoise, situation observée au 1 ^{er} juillet, de 1971 à 2051	25	FIGURE 21 : La structure du réseau sociosanitaire du Québec, sur les plans institutionnel et territorial, situation observée au 31 mars 2008	53
FIGURE 7 : Solde migratoire au sein de la population québécoise, migrations nationale et internationale nettes, de 1971 à 2007	26	FIGURE 22 : Répartition en pourcentage des professionnels rémunérés par la Régie de l'assurance maladie, selon la catégorie de professionnels, au Québec, en 2007	54
FIGURE 8 : Nombre de mariages et de divorces, au Québec, de 1969 à 2006	28	FIGURE 23 : Nombre de personnes pour un professionnel rémunéré par la Régie de l'assurance maladie, selon la catégorie de professionnels, au Québec, en 1990 et 2007	55
FIGURE 9 : Taux de nuptialité et indice synthétique de divortialité, au Québec, de 1969 à 2006	29	FIGURE 24 : Nombre de médecins « actifs » selon la catégorie de médecins et nombre de médecins « actifs » pour 1 000 personnes, au Québec, de 1990 à 2007	56
FIGURE 10 : Taux de chômage au sein de la population québécoise, selon le sexe, de 1976 à 2007	30	FIGURE 25 : Nombre de médecins « actifs » selon le sexe et proportion de femmes parmi ces médecins, au Québec, de 1976 à 2007	57
FIGURE 11 : Nombre de ménages et de prestataires ayant recours à l'assistance-emploi, au Québec, moyenne annuelle, de 1997-1998 à 2007-2008	30	FIGURE 26 : Évolution de l'effectif, cadres et employés syndiqués, au sein des établissements publics et privés conventionnés du réseau sociosanitaire du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007	58
FIGURE 12 : Nombre de naissances et taux de natalité quinquennaux, au Québec, de 1902 à 2007	31		
FIGURE 13 : Évolution de l'indice synthétique de fécondité, au Québec, de 1951 à 2007	32		

FIGURE 27 : Nombre de cadres et nombre d'employés syndiqués par cadre, au sein des établissements publics et privés conventionnés du réseau sociosanitaire du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007 **59**

FIGURE 28 : Nombre d'employés syndiqués et proportion de ces employés occupant un emploi à temps complet régulier (TCR), au sein des établissements publics et privés conventionnés du réseau sociosanitaire du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007 **59**

FIGURE 29 : Évolution de la masse salariale des employés cadres et syndiqués au sein des établissements publics et privés conventionnés du réseau sociosanitaire du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007 **60**

FIGURE 30 : Personnel infirmier en poste au sein des établissements publics et privés conventionnés du réseau sociosanitaire du Québec, selon la catégorie de personnel infirmier, de 1990-1991 à 2006-2007 **61**

FIGURE 31 : Nombre de postes autorisés occupés par du personnel régulier au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, selon la catégorie d'emplois, situation observée au 31 mars, de 1990 à 2008 **62**

FIGURE 32 : Nombre de postes autorisés occupés par du personnel régulier permanent au sein de la Régie de l'assurance maladie du Québec, selon la catégorie d'emplois, situation observée au 31 mars, de 1990 à 2008 **63**

FIGURE 33 : Nombre d'établissements dans le réseau sociosanitaire québécois, selon qu'ils assument une mission unique ou une mission multiple, situation observée au 31 mars, de 1990 à 2008 **64**

FIGURE 34 : Nombre d'établissements dans le réseau sociosanitaire québécois, selon le statut et le mode de financement de l'établissement, situation observée au 31 mars, de 1990 à 2008 **65**

FIGURE 35 : Nombre moyen d'installations par établissement dans le réseau sociosanitaire québécois, selon le statut et le mode de financement de l'établissement, situation observée au 31 mars, de 1990 à 2008 **66**

FIGURE 36 : Nombre de lits autorisés au permis des établissements au sein du réseau sociosanitaire du Québec, selon l'unité de services, situation observée au 31 mars, de 1990 à 2008 **67**

FIGURE 37 : Nombre de lits dressés pour 1 000 personnes dans les établissements publics et privés conventionnés du réseau sociosanitaire québécois, selon l'unité de services, situation observée au 31 mars, de 1991 à 2007 **68**

FIGURE 38 : Nombre de ressources complémentaires au réseau d'établissements sociosanitaires du Québec, selon la catégorie de ressources, situation observée au 31 mars, de 2003 à 2008 **70**

FIGURE 39 : Répartition des lits dressés et places internes disponibles en santé et services sociaux, selon la catégorie de ressources, au Québec, en 2006-2007 **71**

FIGURE 40 : Évolution de l'utilisation des services de soutien à domicile, c'est-à-dire les visites du médecin et les services offerts par les CLSC, au Québec, de 2001-2002 à 2006-2007 **73**

FIGURE 41 : Utilisation de certains services ambulatoires, au Québec, de 2001-2002 à 2006-2007 **74**

FIGURE 42 : Utilisation des services en CLSC, au Québec, de 2001-2002 à 2006-2007 **75**

FIGURE 43 : Nombre moyen de services dispensés par bénéficiaire, selon le programme, Régie de l'assurance maladie du Québec, de 1990 à 2007 **77**

FIGURE 44 : Nombre de jours-ordonnances de médicaments par bénéficiaire, selon la catégorie de clientèle bénéficiant du programme de services pharmaceutiques administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec, de 1999 à 2007 **78**

FIGURE 45 : Nombre de bénéficiaires de biens et services, selon le programme d'aides techniques offert par le régime d'assurance maladie du Québec, de 1990 à 2007 **79**

FIGURE 46 : Cinq indicateurs repères relatifs à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, au Québec, de 1994-1995 à 2006-2007 **80**

FIGURE 47 : Délai moyen d'attente avant l'évaluation des signalements et durée moyenne des prises en charge terminées, relatifs à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, au Québec, de 1994-1995 à 2006-2007 **81**

FIGURE 48 : Nombre d'hospitalisations et durée moyenne de séjour pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, au Québec, de 1982-1983 à 2006-2007 **82**

FIGURE 49 : Nombre d'hospitalisations pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, selon le groupe d'âge de l'utilisateur, au Québec, en 2000-2001 et 2006-2007 **83**

FIGURE 50 : Séjour moyen pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, selon le groupe d'âge de l'utilisateur, au Québec, en 2000-2001 et 2006-2007 **84**

FIGURE 51 : Nombre d'hospitalisations pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, selon le regroupement des diagnostics en 23 chapitres, au Québec, en 2006-2007 **85**

FIGURE 52 : Séjour moyen pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, selon le regroupement des diagnostics en 23 chapitres, au Québec, en 2006-2007 **86**

FIGURE 53 : Utilisation des services d'hébergement et de soins de longue durée au sein du réseau d'établissements sociosanitaires publics et privés conventionnés du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007 **87**

FIGURE 54 : Utilisation des services offerts aux personnes alcooliques ou autres toxicomanes, au sein du réseau d'établissements sociosanitaires publics et privés conventionnés du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007 **88**

FIGURE 55 : Utilisation des services offerts aux personnes déficientes physiques, au sein du réseau d'établissements sociosanitaires publics et privés conventionnés du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007 **89**

FIGURE 56 : Utilisation des services offerts aux personnes déficientes intellectuelles, au sein du réseau d'établissements sociosanitaires publics et privés conventionnés du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007 **90**

FIGURE 57 : Montants consacrés à la mission Santé et services sociaux, au Québec, de 1990-1991 à 2008-2009 **93**

FIGURE 58 : Montants consacrés à la mission Santé et services sociaux par personne et en proportion du PIB, au Québec, de 1995-1996 à 2008-2009 **94**

FIGURE 59-A : Répartition en pourcentage du budget de dépenses du gouvernement du Québec, selon la grande mission de programme, en 2008-2009 **94**

FIGURE 59-B : Répartition en pourcentage du budget de dépenses du gouvernement du Québec, selon la grande mission, en 2008-2009 **95**

FIGURE 60 : Indices évolutifs des montants consacrés au portefeuille de la santé et des services sociaux, selon le programme de la structure budgétaire officielle des Comptes publics du Québec, de 1990-1991 à 2008-2009 **96**

FIGURE 61 : Dépenses d'exploitation des établissements publics et privés conventionnés du réseau sociosanitaire du Québec, selon la mission exclusive, quel que soit l'établissement qui l'assume, en 1997-1998, 2000-2001, 2003-2004 et 2006-2007 **97**

FIGURE 62 : Répartition en pourcentage des dépenses réelles nettes du réseau d'établissements sociosanitaires du Québec, selon le champ d'application des dépenses, de 1990-1991 à 2006-2007 **98**

FIGURE 63 : Répartition en pourcentage des dépenses nettes effectuées en santé et en services sociaux, selon le programme-services et le programme-soutien, au Québec, en 2006-2007 **98**

FIGURE 64 : Proportion des coûts directs bruts allouée aux salaires et avantages sociaux dans les établissements publics et privés conventionnés du réseau sociosanitaire du Québec, et coût d'une heure travaillée, de 1994-1995 à 2006-2007 **99**

FIGURE 65 : Montants consacrés au soutien à domicile, au Québec, de 1994-1995 à 2006-2007 **100**

FIGURE 66 : Coûts comparés des programmes administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007 **101**

FIGURE 67 : Évolution de la rémunération des médecins québécois « actifs », selon le mode de rémunération, de 1990 à 2007 **102**

FIGURE 68 : Répartition en pourcentage des montants payés aux médecins « actifs », selon le mode de rémunération, au Québec, de 1990 à 2007 **103**

FIGURE 69 : Montants accordés aux organismes communautaires, et proportion par rapport aux dépenses de la mission Santé et services sociaux, au Québec, de 1991-1992 à 2007-2008 **104**

LISTE DES TABLEAUX PRÉSENTÉS DANS LE CAHIER STATISTIQUE

La population

TABLEAU P1 : Population du Québec selon le groupe d'âge quinquennal et le sexe, situation observée au 1^{er} juillet, en 1961, 2008 et 2051 **106**

TABLEAU P2 : Proportion décennale de personnes âgées de 65 ans ou plus parmi la population québécoise, situation observée au 1^{er} juillet, de 1961 à 2051 **107**

TABLEAU P3 : Population du Québec selon certains groupes d'âge, situation observée au 1^{er} juillet, de 1971 à 2026 **107**

TABLEAU P4 : Rapport de dépendance quinquennal au sein de la population québécoise, situation observée au 1^{er} juillet, de 1971 à 2051 **108**

TABLEAU P5 : Solde migratoire au sein de la population québécoise, migrations nationale et internationale nettes, de 1971 à 2007 **109**

La société

TABLEAU S1 : Nombre de mariages et taux de nuptialité, au Québec, de 1900 à 2006 **110**

TABLEAU S2 : Nombre de divorces et indice synthétique de divortialité, au Québec, de 1969 à 2004 **111**

TABLEAU S3 : Taux de chômage au sein de la population québécoise, selon le sexe, moyenne annuelle, de 1976 à 2008 **112**

Tableau S4 : Nombre de ménages et de prestataires ayant recours à l'assistance-emploi, adultes et enfants, au Québec, moyenne annuelle, de 1997-1998 à 2007-2008 **113**

TABLEAU S5 : Nombre de naissances et taux de natalité, au Québec, de 1900 à 2007 **114**

TABLEAU S6 : Indicateurs statistiques sur les naissances, au Québec, de 1951 à 2006 **115**

TABLEAU S7 : Nombre d'interruptions volontaires de grossesse, d'hystérectomies, de ligatures des trompes et de vasectomies, au Québec, de 1976 à 2006 **116**

TABLEAU S8 : Taux d'interruption volontaire de grossesse, d'hystérectomie et de stérilisation, au Québec, de 1976 à 2006 **117**

TABLEAU S9 : Nombre de décès et taux brut de mortalité, au Québec, de 1900 à 2007 **118**

TABLEAU S10 : Nombre de décès infantiles et taux de mortalité infantile, selon le sexe, au Québec, de 1971 à 2006 **119**

TABLEAU S11 : Taux de mortinatalité et taux de mortalité périnatale, néonatale et infantile, au Québec, de 1976 à 2005 **120**

TABLEAU S12 : Espérance de vie à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, au Québec, pour les périodes triennales de 1980-1982 à 2005-2007 **121**

Les ressources humaines

TABLEAU H1 : Nombre de médecins « actifs » pour 1 000 personnes, selon la catégorie de médecins, au Québec, de 1990 à 2007 **122**

TABLEAU H2 : Nombre de médecins « actifs » selon la catégorie et le sexe du médecin, au Québec, de 1976 à 2007 **123**

TABLEAU H3 : Nombre de professionnels rémunérés par la Régie de l'assurance maladie et ratio « population par professionnel », selon la catégorie de professionnels, au Québec, de 1990 à 2007 **124**

TABLEAU H4 : Proportion d'employés à temps complet régulier au sein de l'effectif cadre et syndiqué du réseau sociosanitaire du Québec, et nombre d'employés syndiqués par cadre, de 1990-1991 à 2006-2007 **124**

TABLEAU H5 : Statistiques générales sur le personnel cadre et syndiqué du réseau sociosanitaire du Québec, selon la catégorie d'emplois, de 1990-1991 à 2006-2007 **126**

TABLEAU H6 : Personnel infirmier calculé en postes occupés et en équivalents temps complet dans le réseau sociosanitaire du Québec, selon la catégorie de personnel infirmier, de 1990-1991 à 2006-2007 **128**

TABLEAU H7 : Effectif administratif du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de la Régie de l'assurance maladie du Québec, selon la catégorie d'emplois, situation observée au 31 mars, de 1990 à 2008 **129**

Les ressources institutionnelles

TABLEAU I1 : Évolution du nombre d'établissements publics et privés dans le réseau sociosanitaire du Québec, selon le regroupement des missions assumées, situation observée au 31 mars, de 1990 à 2008 **130**

TABLEAU I2 : Nombre d'établissements et d'installations dans le réseau sociosanitaire du Québec, ainsi que nombre de lits autorisés au permis pour de l'hébergement et des soins de longue durée, selon le statut et le mode de financement de l'établissement, situation observée au 31 mars, de 1990 à 2008 **132**

TABLEAU I3 : Évolution du nombre d'installations publiques et privées dans le réseau sociosanitaire du Québec, selon la mission assumée par l'installation, situation observée au 31 mars, de 1990 à 2008 **133**

TABLEAU I4 : Nombre de lits et places autorisés au permis des établissements publics et privés du réseau sociosanitaire du Québec, selon l'unité de services, situation observée au 31 mars, de 1990 à 2008 **134**

TABLEAU I5 : Nombre de lits dressés et de places internes dans les établissements publics et privés conventionnés du réseau sociosanitaire du Québec, selon l'unité de services, situation observée au 31 mars, de 1991 à 2007 **135**

TABLEAU I6 : Disponibilité de certaines ressources alternatives en complémentarité avec le réseau d'établissements sociosanitaires, selon la catégorie de ressources, au Québec, situation observée au 31 mars, de 2003 à 2008 **137**

L'utilisation des services

TABLEAU U1 : Utilisation des services de soutien à domicile, c'est-à-dire les visites du médecin et les services offerts par les CLSC, au Québec, de 2001-2002 à 2006-2007 **138**

TABLEAU U2 : Utilisation de certains services ambulatoires, selon le type de services, au Québec, de 2001-2002 à 2006-2007 **139**

TABLEAU U3 : Nombre de services médicaux dispensés par les médecins rémunérés dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec, ensemble des modes de rémunération, et niveau de participation aux services médicaux dispensés selon le mode de rémunération à l'acte en médecine et chirurgie, de 1990 à 2007 **140**

TABLEAU U4 : Nombre de services dentaires dispensés dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec, et niveau de participation au programme de services dentaires pour enfants, de 1990 à 2007 **141**

TABLEAU U5 : Nombre de services optométriques dispensés dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec, et niveau de participation au programme, de 1990 à 2007 **142**

TABLEAU U6 : Nombre d'ordonnances de médicaments et niveau de participation au programme de services pharmaceutiques dispensés dans le cadre du régime d'assurance médicaments du Québec, selon la catégorie de clientèle, de 1990 à 2007 **143**

TABLEAU U7 : Nombre de bénéficiaires et nombre de biens et services dispensés en vertu des programmes d'aides techniques offerts dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec, selon le programme, de 1990 à 2007 **145**

TABLEAU U8 : Évolution de certains indicateurs repères relatifs à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, au Québec, de 1994-1995 à 2006-2007 **147**

TABLEAU U9 : Hospitalisations pour des soins de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés participant au système MED-ÉCHO, au Québec, de 1982-1983 à 2006-2007 **149**

TABLEAU U10 : 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, en 2000-2001 et 2006-2007 **150**

TABLEAU U11 : Hospitalisations pour des soins de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés participant au système MED-ÉCHO, selon le regroupement des diagnostics en 23 chapitres, au Québec, en 2006-2007 **151**

TABLEAU U12 : Utilisation des services d'hébergement et de soins de longue durée au sein du réseau d'établissements sociosanitaires publics et privés conventionnés du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007 **152**

TABLEAU U13 : Utilisation des services offerts aux personnes alcooliques et autres toxicomanes, au sein du réseau d'établissements sociosanitaires publics et privés conventionnés du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007 **153**

TABLEAU U14 : Utilisation des services offerts aux personnes déficientes physiques, au sein du réseau d'établissements sociosanitaires publics et privés conventionnés du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007 **154**

TABLEAU U15 : Utilisation des services offerts aux personnes déficientes intellectuelles, au sein du réseau d'établissements sociosanitaires publics et privés conventionnés du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007 **155**

Les coûts

TABLEAU C1 : Produit intérieur brut, dépenses gouvernementales et montants consacrés à la mission Santé et services sociaux, dollars courants et dollars constants de 1997, au Québec, de 1990-1991 à 2008-2009 **156**

TABLEAU C2 : Montants consacrés aux grandes missions gouvernementales, selon la grande mission, au Québec, de 1994-1995 à 2008-2009 **158**

TABLEAU C3 : Montants consacrés au portefeuille de la santé et des services sociaux, selon les programmes de la structure budgétaire officielle du Québec, de 1990-1991 à 2008-2009 **160**

TABLEAU C4 : Dépenses d'exploitation des établissements publics et privés conventionnés du réseau sociosanitaire du Québec, selon la mission exclusive, quel que soit l'établissement qui l'assume, de 1997-1998 à 2006-2007 **162**

TABLEAU C5 : Évolution des dépenses encourues pour les activités principales des établissements publics et privés conventionnés du réseau sociosanitaire du Québec, selon le champ d'application, de 1990-1991 à 2006-2007 **163**

TABLEAU C6 : Dépenses réelles nettes selon le programme-clientèles, de 1993-1994 à 2001-2002, et selon le programme-services et le programme-soutien, de 2001-2002 à 2006-2007, au sein des établissements publics et privés conventionnés du réseau sociosanitaire du Québec **165**

TABLEAU C7 : Évolution de certains indicateurs statistiques reliés aux heures consacrées aux activités principales des établissements publics et privés conventionnés du réseau sociosanitaire du Québec, de 1994-1995 à 2006-2007 **167**

TABLEAU C8 : Évolution des montants consacrés au soutien à domicile, au Québec, de 1994-1995 à 2006-2007 **168**

TABLEAU C9 : Frais d'administration et coûts des programmes administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007 **169**

TABLEAU C10 : Montants versés aux médecins « actifs », selon le mode de rémunération, au Québec, de 1990 à 2007 **171**

TABLEAU C11 : Nombre, coût et coût moyen des services dentaires couverts par l'assurance maladie du Québec, rémunération à l'acte, tous programmes confondus, de 1990 à 2007 **172**

TABLEAU C12 : Nombre, coût et coût moyen des services optométriques couverts par l'assurance maladie du Québec, tous programmes confondus, de 1990 à 2007 **172**

TABLEAU C13 : Volume et coût des médicaments et des services pharmaceutiques couverts par le régime d'assurance médicaments du Québec, selon le groupe de personnes assurées, de 1990 à 2007 **174**

TABLEAU C14 : Coût moyen par bénéficiaire des services d'aides techniques couverts par le régime d'assurance maladie du Québec, selon le programme, de 1990 à 2007 **176**

TABLEAU C15 : Montants accordés aux organismes communautaires, selon le type d'organismes, au Québec, de 1991-1992 à 2007-2008 **178**

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS DANS LE DOCUMENT

ADRLSSSS	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux	FPE	Financement des programmes établis
ARSSS	Agence régionale de la santé et des services sociaux	FRSS	Fonds pour la réforme des soins de santé
CAU	Centre affilié universitaire	GMF	Groupe de médecine de famille
CCS	Centre de communication santé	HSLD	Hébergement et soins de longue durée
CFS	Conseil de la fédération sur la santé	I-CLSC	Système intégration-CLSC
CH	Centre hospitalier	ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	IPC	Indice des prix à la consommation
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques	ISQ	Institut de la statistique du Québec
CHU	Centre hospitalier universitaire	IU	Institut universitaire
CJ	Centre jeunesse	IVG	Interruption volontaire de grossesse
CLSC	Centre local de services communautaires	km²	Kilomètre carré
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	LCS	Loi canadienne sur la santé
CR	Centre de réadaptation	LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
CR JDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation	M\$	Million de dollars
CR MDA	Centre de réadaptation pour jeunes mères en difficulté d'adaptation	MED-ÉCHO	Maintenance et Exploitation des Données pour l'Étude de la Clientèle Hospitalière
CR PAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes	MM\$	Milliard de dollars
CR PDI	Centre de réadaptation pour personnes déficientes intellectuelles	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CR PDP	Centre de réadaptation pour personnes déficientes physiques	OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
CRS	Conseil régional de la santé	ORAS	Office régional des affaires sociales
CRSSS	Conseil régional de la santé et des services sociaux	ORS	Office régional de la santé
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	PAT	Personne alcoolique ou toxicomane
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail	PAV	Pavillon d'hébergement
d.i.	Données incomplètes	PCS	Pacte canadien sur la santé
DGSS	Direction générale des services sociaux	PDI	Personne déficiente intellectuelle
DSQ	Dossier de santé du Québec	PDP	Personne déficiente physique
ETC	Équivalent temps complet	PIB	Produit intérieur brut
		PNB	Produit national brut
		RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
		RAPC	Régime d'assurance publique du Canada
		RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
		RI	Ressource intermédiaire
		RLS	Réseau local de services
		RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux

RSS	Région sociosanitaire
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SBF-R	Système budgétaire et financier régionalisé
SDC	Sécurité et développement compromis
SDI	Service du développement de l'information
SGS	Soins généraux et spécialisés
SIFO	Système d'information financière et opérationnelle
SIRTF	Système d'information des ressources intermédiaires et de type familial
SNN	Soins aux nouveau-nés
SP	Soins psychiatriques
SPCD	Soins physiques de courte durée
SSPG	Soins de santé physique et de gériatrie
STATEVO	Statistiques évolutives
TAP	Technicien ambulancier-paramédic
TCR	Temps complet régulier
TCS	Transfert canadien en matière de santé
TCSPS	Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux
TED	Trouble envahissant du développement
TIC	Technologie de l'information et de la communication
TSC	Transfert social canadien
VAM	Variation annuelle moyenne

INTRODUCTION

Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec aborde d'une façon générale les principales dimensions du domaine sociosanitaire au Québec.

Ce document synthèse à caractère descriptif poursuit deux grands objectifs. D'une part, il constitue en quelque sorte un document officiel de référence qui peut être présenté par le Ministère, soit aux personnes étrangères qui le visitent ou qui sont visitées, soit aux nouveaux arrivés au sein de l'effectif ministériel. 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.

On y présente d'abord le Québec dans son ensemble, au moyen de quelques caractéristiques territoriales, démographiques et sociales. Ensuite, on y brosse un large portrait du système de santé et de services sociaux, d'une part, en offrant un historique des principaux événements et des principales lois qui ont jalonné son évolution jusqu'à maintenant et, d'autre part, en s'attardant aux ressources humaines et institutionnelles qu'il nécessite, à l'utilisation des principaux services socio-sanitaires qui sont offerts à la population, ainsi qu'aux ressources financières que le gouvernement y consacre.

Outre le relevé des éléments majeurs de cette évolution, plusieurs des sections du document contiennent des images chiffrées, en général pour les plus récentes années, assorties d'une analyse descriptive de leur contenu informationnel. 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 fournie dans ce document, celui-ci renferme un cahier statistique regroupant un grand nombre de tableaux statistiques où sont présentées un large éventail de données évolutives liées aux différents sujets retenus, dont celles ayant servi à l'élaboration des graphiques qui meublent le texte. De plus, on y trouve des précisions quant aux univers de données considérés, afin d'ajouter à la bonne compréhension des chiffres présentés.

Enfin, contrairement au document publié en décembre 2001 (*Le système de santé et de services sociaux du Québec : Une image chiffrée*), celui-ci ne contient pas de section spécifique consacrée aux résultats de santé et de bien-être de la population. Ce très large univers d'information est traité en profondeur à l'Institut de santé publique du Québec (INSPQ), dont on peut visiter le site à l'adresse www.inspq.qc.ca. On y trouve un nombre considérable d'analyses ciblées et de documents pertinents, dont celui intitulé *Portrait de santé du Québec et de ses régions, 2006*, pour n'en citer qu'un.



Le Québec

Des caractéristiques territoriales

Des caractéristiques démographiques

Des caractéristiques socio-économiques

Des caractéristiques sociosanitaires

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 des années 1960, le courant autonomiste va s'amplifier au Québec, pour se concrétiser par l'élection d'un gouvernement indépendantiste en 1976. L'année suivante, la Charte de la langue française établira que le français est la seule langue officielle du Québec.

Dans les domaines sous sa juridiction, en particulier celui de la santé et du bien-être, le Québec d'aujourd'hui, comme celui d'hier, utilise tous les moyens à sa disposition afin d'offrir à sa population les meilleurs services possible, aux meilleurs coûts possible, avec les meilleurs résultats possible.

DES CARACTÉRISTIQUES TERRITORIALES

Le territoire du Québec est immense. Ses 10 867 kilomètres de frontières ceinturent une superficie de 1 667 441 kilomètres carrés, dont 1 312 126 km² de terre ferme et 355 315 km² d'eau. 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.

Plus de 50 % du territoire québécois est couvert de forêts, alors que les espaces urbains et agricoles en représentent à peine 2 %, soit 33 530 km²; le reste du territoire est constitué de zones arctiques, de toundra - formation végétale discontinue qui comprend quelques graminées, des lichens et quelques arbres nains -, de taïga - forêt de conifères qui constitue une ceinture presque ininterrompue au sud de la toundra - 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 166 500 km². Le Saint-Laurent, l'un des plus grands fleuves du monde, est de loin son cours d'eau le plus important. Prenant sa source dans les Grands Lacs, il sillonne le sud du Québec d'ouest en est. Il s'étend 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, en 2008



Source : Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
www.msss.gouv.qc.ca

MSSS, SDI, février 2008.

Les territoires sociosanitaires

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.

Chacune des RSS est subdivisée en unités territoriales de base, soit le territoire de centre local de services communautaires (CLSC); actuellement (2008), le Québec compte 166 territoires de CLSC.

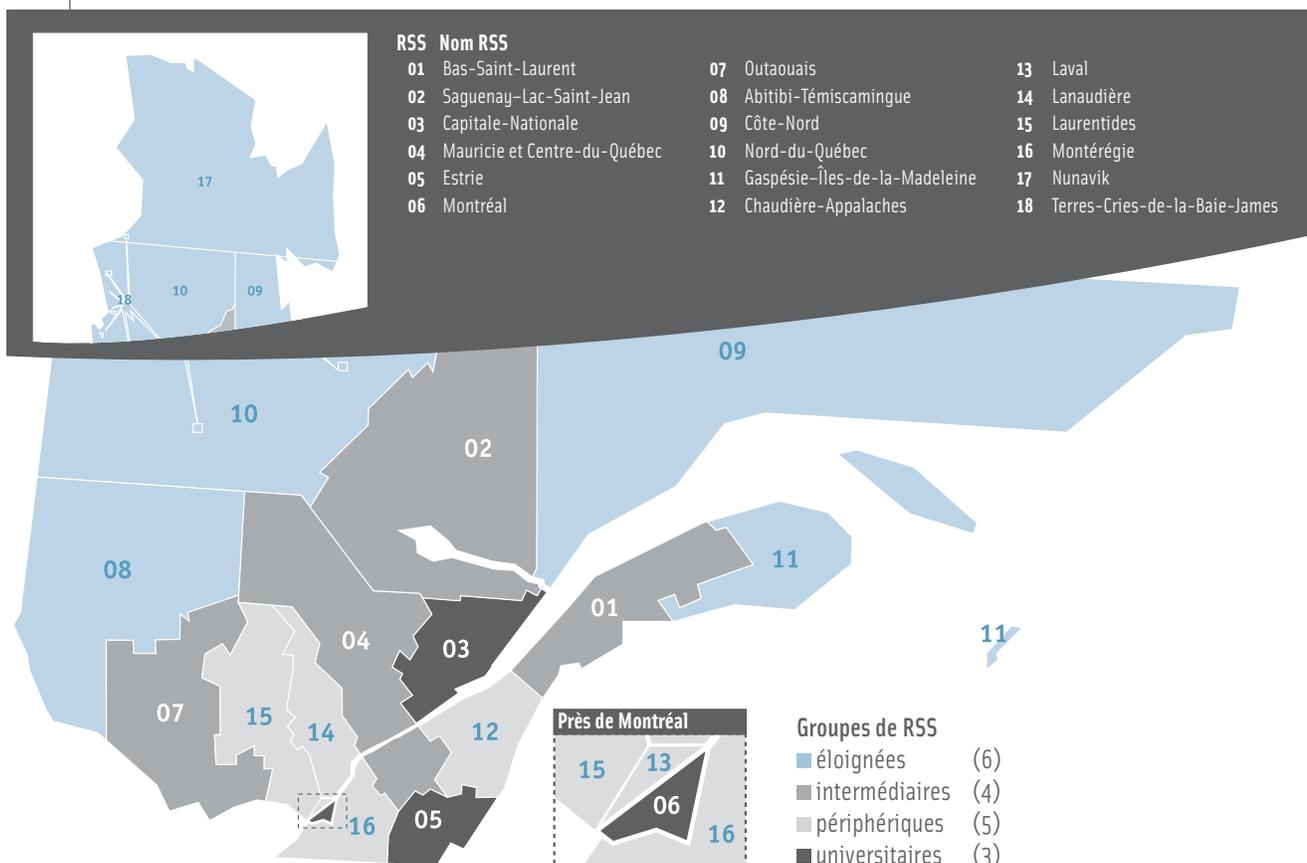
Mis à part les trois régions du Nord, au sein des quinze autres RSS on compte des territoires appelés réseaux locaux de services (RLS). Actuellement (2008), ces quinze régions renferment 95 RLS regroupant 159 territoires de CLSC.

De plus, afin de faciliter l'accès aux services spécialisés, il existe quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS); ceux-ci couvrent l'ensemble du territoire québécois, se partageant les 166 territoires de CLSC. Il s'agit du RUIS de l'Université de Montréal, de celui de l'Université

McGill, de celui de l'Université Laval et de celui de l'Université de Sherbrooke. Ils ont chacun un territoire principal à couvrir, mais sans stricte exclusivité territoriale de façon à respecter le libre choix du patient et du professionnel.

Historiquement, les RSS 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 RSS. 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. 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 RSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec (04) demeure.

Figure 2
Les régions sociosanitaires québécoises regroupées, en 2008



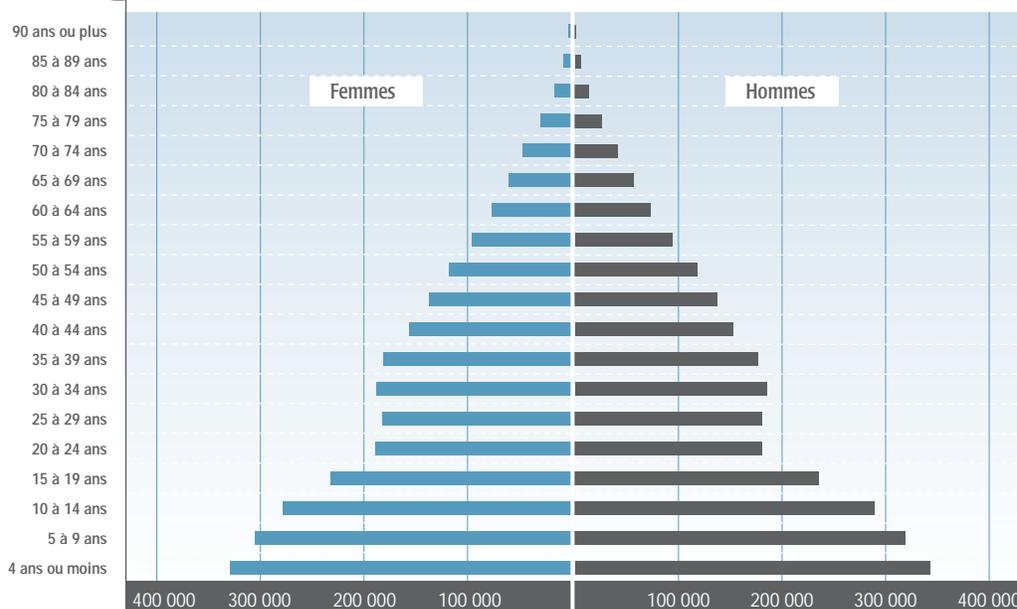
DES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

En 2008, quelque 7 670 000 personnes habitent le Québec, soit un peu plus de 23 % de l'ensemble de la population canadienne. Le français est la langue officielle du Québec. D'ailleurs, selon le recensement canadien de 2006, le français est la langue maternelle de plus de 80 % de la population québécoise, alors que moins de 8 % ont l'anglais et un peu plus de 12 % une autre langue. De plus, selon le Secrétariat des affaires autochtones du Québec, en 2005, on dénombrait quelque 82 800 Amérindiens et Inuits appartenant à onze nations, ou « Premières Nations », dont plus de 61 800 résidaient dans des réserves ou dans des villages nordiques.

Plus de 80 % des résidents du Québec vivent en milieu urbain, principalement dans l'agglomération montréalaise et sa périphérie, où est regroupé plus de 60 % 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.

Comme dans plusieurs autres sociétés développées, 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 pour ce qui touche sa capacité à soutenir les personnes considérées comme dépendantes (celles qui sont âgées de moins de 15 ans et celles âgées de 65 ans ou plus), période qui devrait durer quelques années encore. Cependant, à partir de 2010, la génération des babyboomers - personnes nées entre 1945 et 1965 - atteindra l'âge de la retraite, ce qui entraînera une hausse rapide du volume de la population dite « dépendante ». Cette croissance rapide de la « dépendance » pourrait s'étendre jusqu'au début des années 2030 pour ralentir par la suite.

Figure 3-A
Population du Québec,
pyramide des âges,
situation observée au 1^{er} juillet,
en 1961



Sources : Données populationnelles, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca; Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, juillet 2007.

Données : Cahier statistique, Tableau P1.

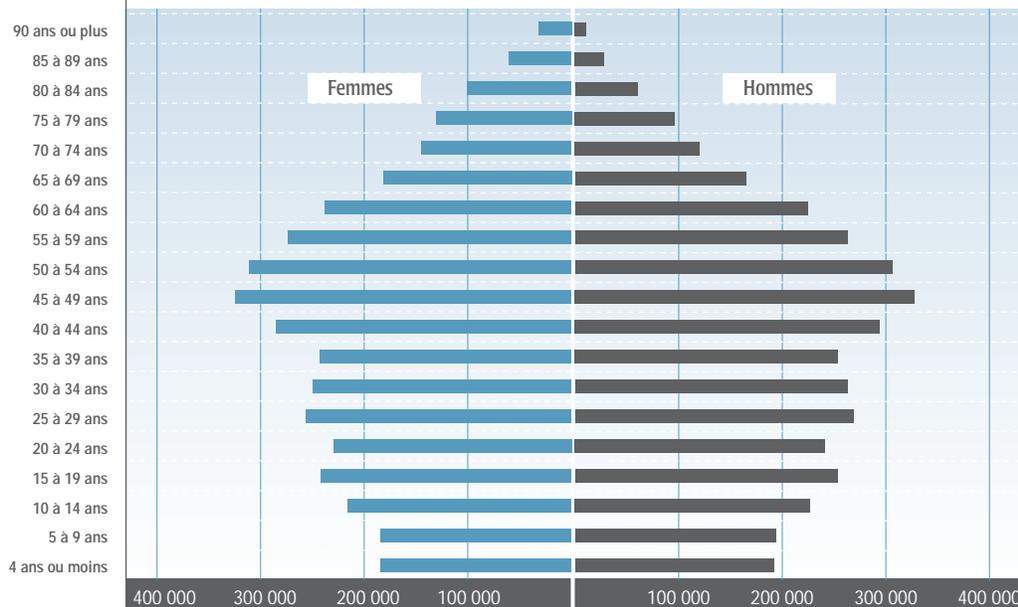
Le vieillissement de la population

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 des années 1990 - 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 de Québécois avait vraiment la forme d'une pyramide. Aujourd'hui (2008), elle ressemble plutôt à une maison; on devrait peut-être davantage parler de la « maison des âges » des 7,7 millions de personnes habitant actuellement le Québec. Et, ce que l'on observera dans quelque quarante-cinq ans ressemblera davantage à une ruche d'abeilles qu'à une pyramide; on parlera peut-être alors de la « ruche des âges » des 7,8 millions d'habitants du Québec.

Au recensement de 1961, les personnes âgées de 65 ans ou plus représentaient moins de 6 % de l'ensemble de la population québécoise. En 1991, elles comptaient déjà pour 11 %, ce qui plaçait encore le Québec parmi les sociétés les plus jeunes en Occident. En 2001, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus se situait à 13 %; aujourd'hui (2008), elle atteint près de 15 %. La période de vingt ans couvrant les décennies 2010 et 2020 sera marquée par une accélération du phénomène de vieillissement de la population québécoise, la proportion de personnes âgées passant de moins de 16 %, en 2011, à près de 27 %, en 2031. À partir de là, le rythme de croissance de cette proportion devrait ressembler à ce qu'il était au cours des années 1960, c'est-à-dire autour de 1 % tous les dix ans.

Figure
3-B

Population du Québec,
pyramide des âges,
situation observée au 1^{er} juillet,
en 2008



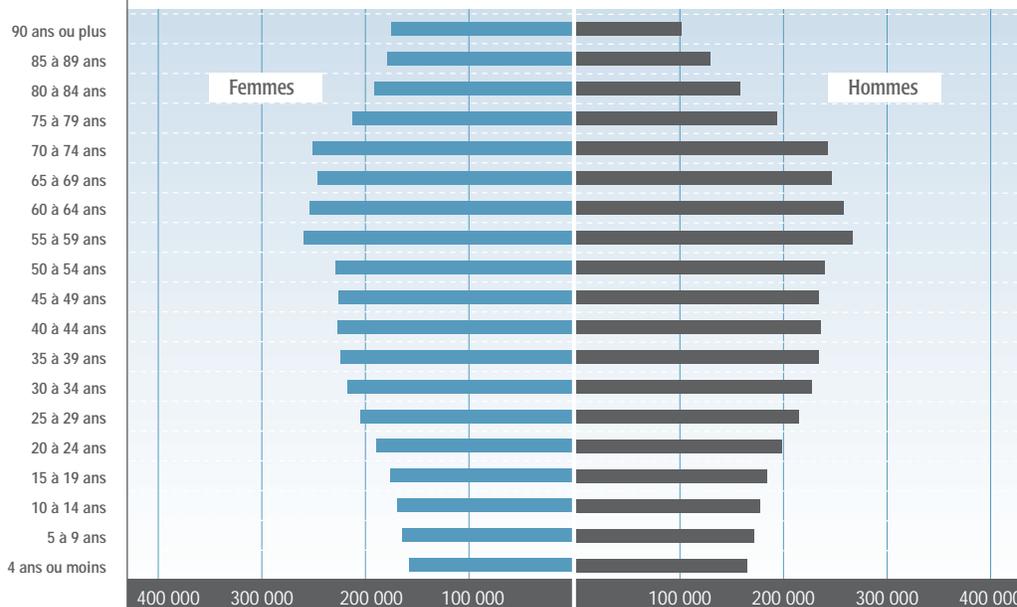
Sources : Données populationnelles, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca; Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau P1.

Figure 3-C

Population du Québec, **pyramide des âges**, situation observée au 1^{er} juillet, en 2051



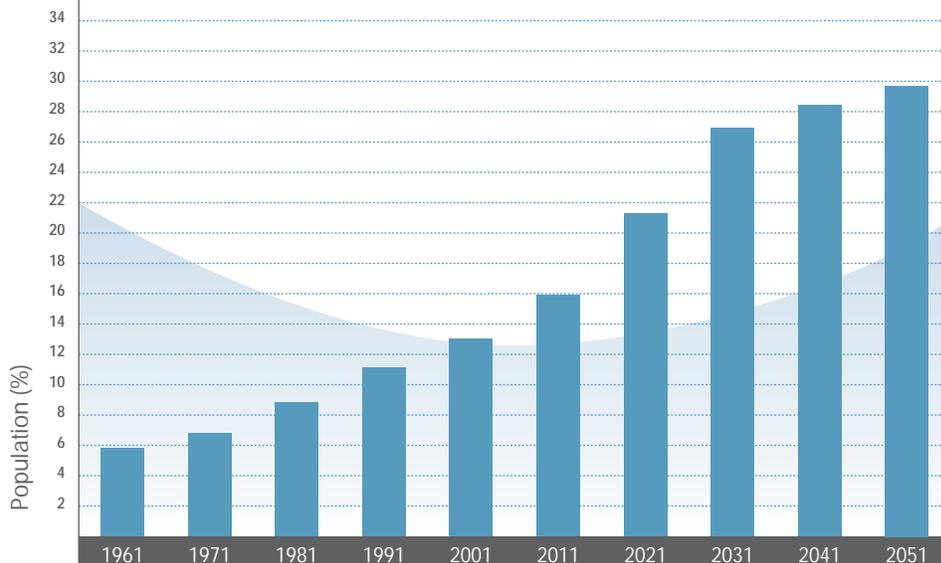
Sources : Données populationnelles, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca; Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, septembre 2007.

Données : Cahier statistique, Tableau P1.

Figure 4

Proportion décennale **des personnes âgées de 65 ans ou plus parmi la population québécoise**, situation observée au 1^{er} juillet, de 1961 à 2051



Sources : Données populationnelles, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

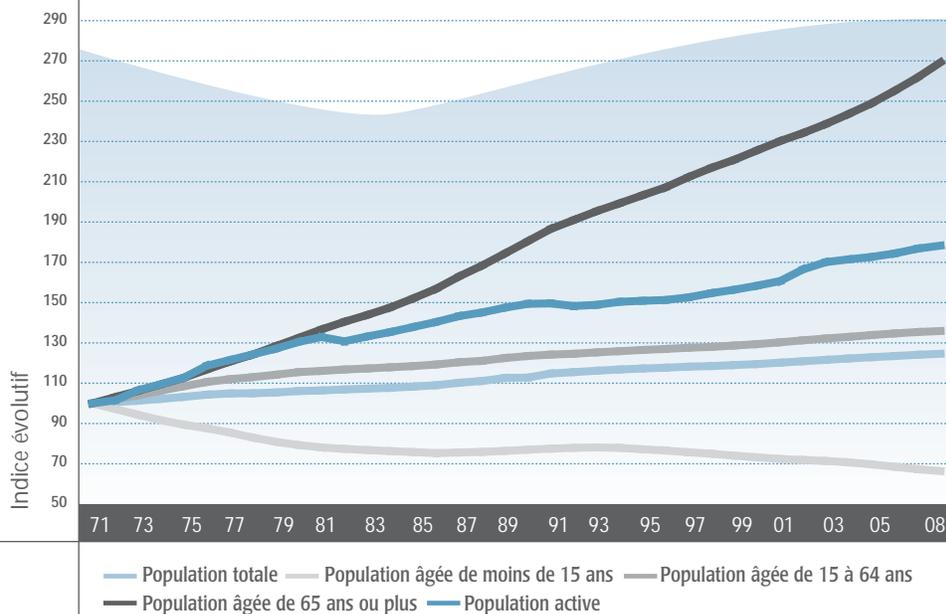
MSSS, SDI, mars 2007.

Données : Cahier statistique, Tableau P2.

Au cours des années 1970, la population active, c'est-à-dire les personnes dont l'âge se situe entre 15 et 64 ans qui sont aptes à occuper un emploi, a connu une croissance similaire à celle observée chez les personnes âgées 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'accélérer considérablement. Depuis le début des années 1980, la population active croît à un rythme légèrement supérieur à celui observé chez le groupe des personnes âgées de 15 à 64 ans.

Figure 5

Évolution de la population du Québec selon certains groupes d'âge, situation observée au 1^{er} juillet, de 1971 à 2008



Sources : Données populationnelles, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca; Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, juin 2008.

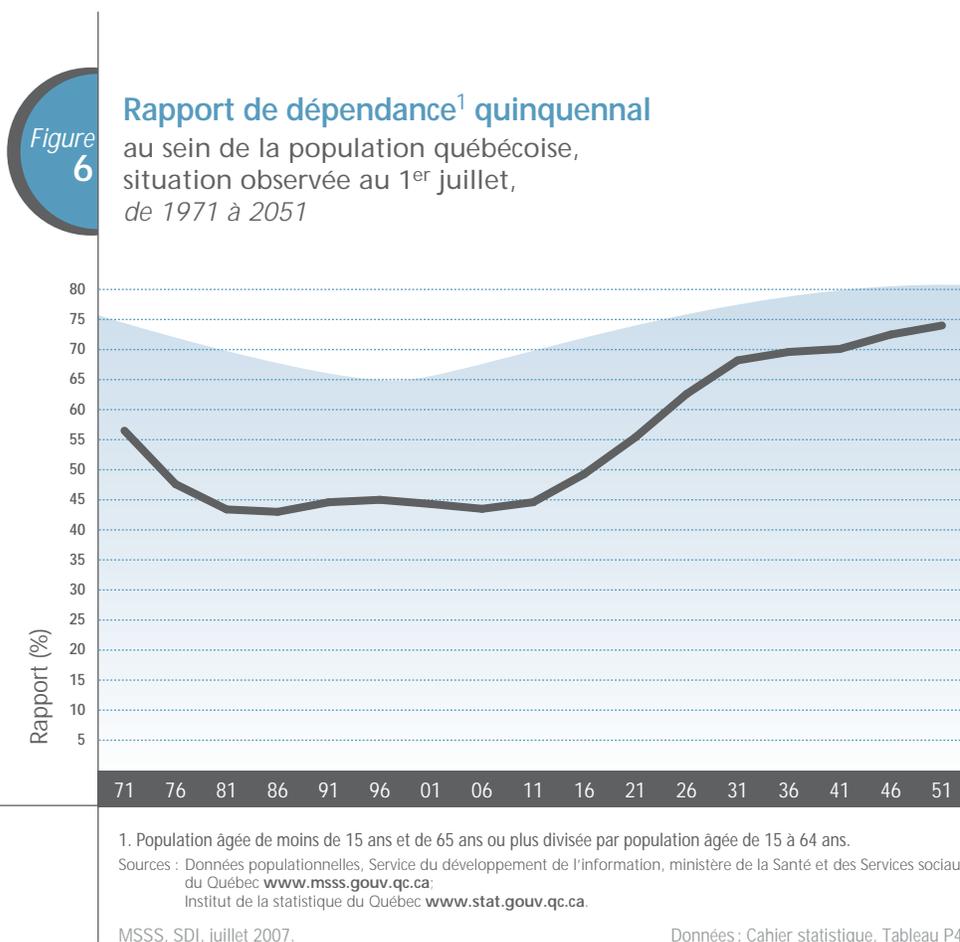
Données : Cahier statistique, Tableau P3.

Le rapport de dépendance

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

Le rapport de dépendance peut être défini comme le ratio entre la somme des personnes âgées de 0 à 14 ans et de 65 ans ou plus, d'une part, et celle des personnes dont l'âge se situe entre 15 et 64 ans, d'autre part. C'est un ratio 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 ce ratio permet de visualiser les périodes « favorables », c'est-à-dire les périodes où le rapport est relativement peu élevé, et les périodes « défavorables », c'est-à-dire celles où il est très élevé.

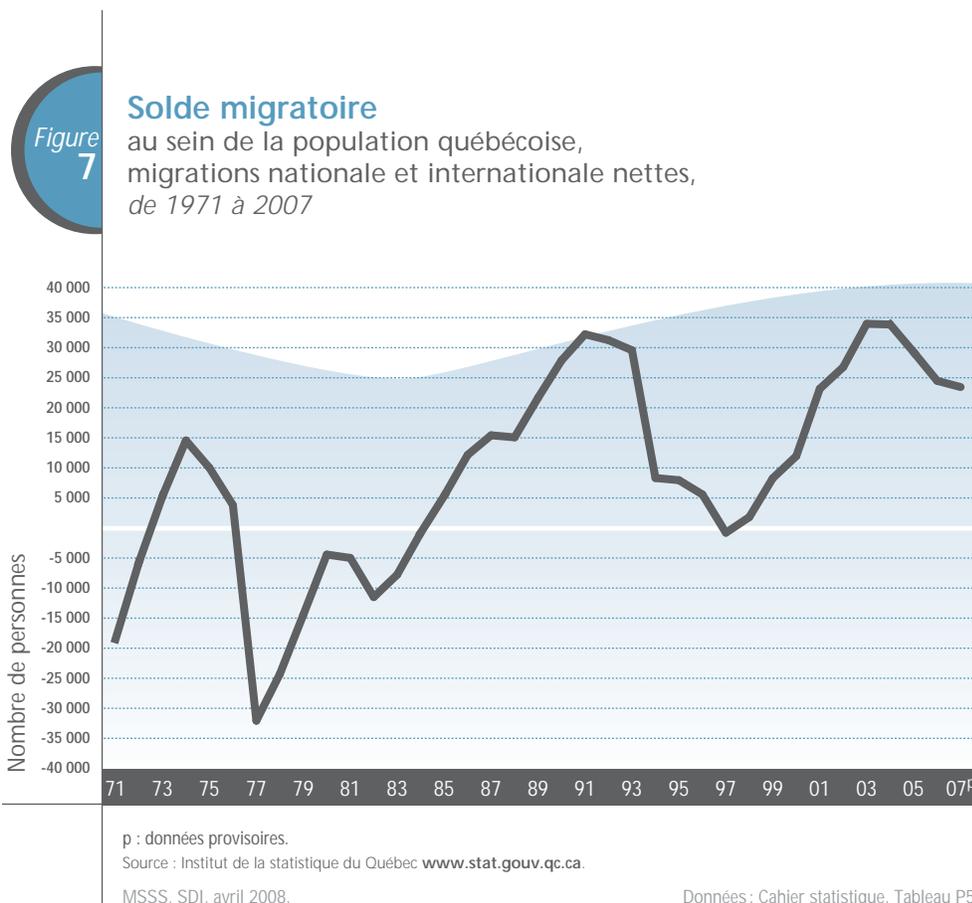
Pour le Québec, la période 1980-2010 apparaît comme « favorable ». En effet, le rapport de dépendance y est résolument sous la barre des 45 % car, durant ces trente années, la population âgée de 15 à 64 ans englobe le groupe des babyboomers. Par contre, à partir de 2010, les babyboomers commenceront à rejoindre le groupe des gens âgés de 65 ans ou plus, ce qui va se traduire par une hausse spectaculaire du rapport de dépendance. Cette période d'augmentation devrait s'accélérer jusqu'au début des années 2030, puis continuer à augmenter à un rythme cependant moins soutenu par la suite.



Les flux migratoires

Chaque année, le Québec accueille un nombre important d'immigrants provenant de pays étrangers, surtout des personnes nées en Chine, au Maroc, en France, en Algérie et en Roumanie. Au cours des années 2000, les immigrants originaires de ces cinq pays ont représenté près de 40 % de tous les immigrants étrangers venus s'installer au Québec. Selon les chiffres de 2005, la très grande majorité d'entre eux sont âgés de moins de 45 ans, le groupe le plus nombreux se situant entre 25 et 40 ans. De 1980 jusqu'au début des années 2000, sur le plan du motif invoqué, les personnes immigrantes se répartissaient ainsi : 47 % pour des raisons économiques, 33 % pour des regroupements familiaux et 20 % de réfugiés. Depuis 2001, ces proportions sont de 60 %, 22 % et 18 %, respectivement.

Depuis 1971, le solde migratoire interprovincial du Québec est négatif, sauf pour l'année 2003. Par contre, lorsque pour la même période, l'on cumule les migrations internationales et interprovinciales, l'évolution du solde migratoire tend vers une amélioration, même s'il prend la forme d'une alternance entre des phases négatives et des phases positives au cours des décennies 1970 et 1980. Ainsi, depuis le milieu des années 1980, seule l'année 1997 comporte un solde migratoire global légèrement négatif. Le niveau le plus bas a été observé en 1977, avec un déficit de plus de 32 000 personnes, alors que le point culminant date de 2003, avec un surplus de près de 34 000 personnes.



DES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES

Au cours des cinquante 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 catholique 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 les années 1960 et 1970, 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 l'augmentation rapide du nombre des divorces qu'avec celle du nombre d'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 la barre des 10 %. De nouvelles formes de pauvreté apparaissent à la suite des mutations du marché du travail et de la dislocation des familles.

Enfin, l'arrivée du troisième millénaire a vu la croissance économique du Québec reprendre un rythme avoisinant les 2 % par an, alors qu'au début de l'an 2008, le taux de chômage chutait à son plus bas niveau depuis plus d'un quart de siècle, soit un peu plus de 7 %. 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 de chaque citoyen.

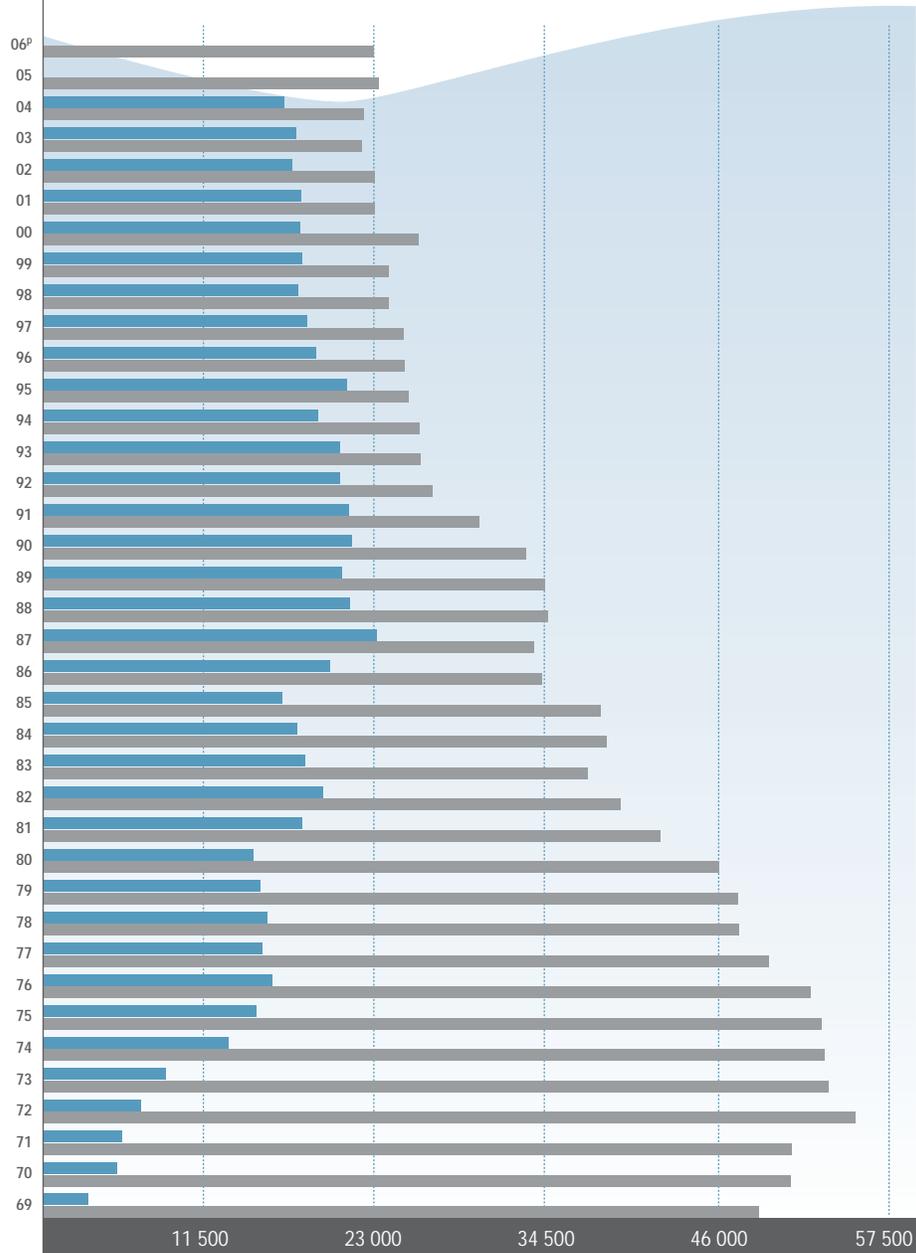
Les mariages et les divorces

Au cours de l'année 1972, près de 54 000 mariages ont été célébrés au Québec, un sommet depuis l'an 1900. Mais, à partir de là, ce nombre n'a cessé de décroître, pour atteindre quelque 22 000 mariages en 2006, le taux de nuptialité au sein de la population passant de 8,7 à 2,9 mariages pour 1 000 personnes, soit une chute des deux tiers.

Pendant ce temps, le nombre de divorces suivait une tendance inverse. Seulement pour la période s'étendant de 1969 à 1976, le nombre de divorces a quintuplé, passant de moins de 3 000 à plus de 15 000 par an. Le sommet a été atteint en 1987, avec plus de 22 000 divorces, pour régresser légèrement par la suite; en 2004, on compte quelque 16 000 divorces. Cependant, compte tenu de la diminution du nombre de mariages, l'indice synthétique de divortialité - proportion des mariages se terminant par un divorce, selon les conditions de divortialité d'une année donnée - n'a cessé de croître, passant de 8,8, en 1969, à 52,4 divorces pour 100 mariages, en 2004.

Figure
8

Nombre de mariages et de divorces, au Québec, de 1969 à 2006



— Mariages — Divorces

p : données provisoires.

Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Données : Cahier statistique, Tableaux S1 et S2.

Figure
9

Taux de nuptialité et indice synthétique de divortialité, au Québec, de 1969 à 2006



p : données provisoires.

Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Données : Cahier statistique, Tableaux S1 et S2.

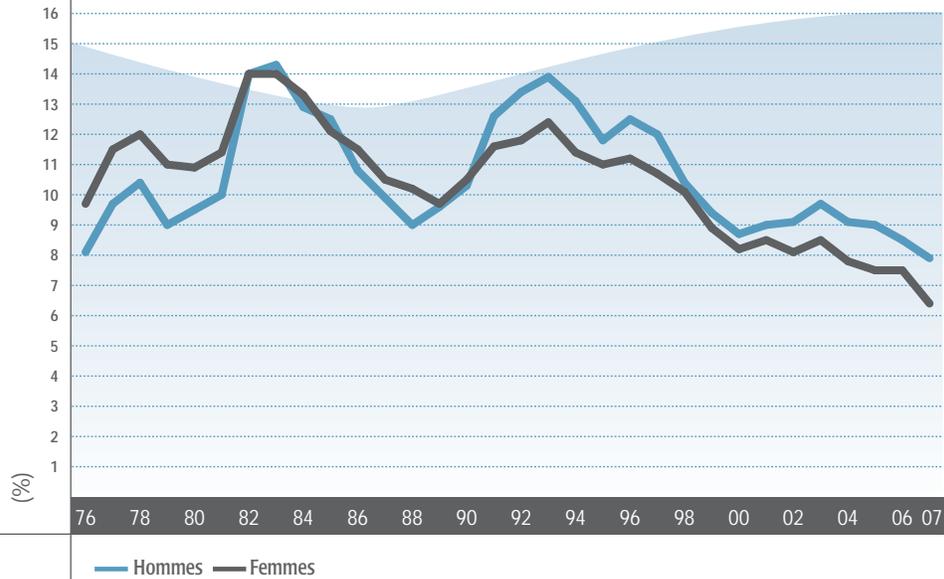
Le chômage et l'assistance-emploi

Depuis 30 ans, au Québec, le taux de chômage a suivi une tendance de forme sinusoïdale, atteignant un premier sommet en 1983, à plus de 14 %, puis un second dix ans plus tard, à plus de 13 %. À partir de 1993, cependant, le taux de chômage québécois a suivi une tendance à la baisse, pour se situer sous la barre des 8 %, au début de l'année 2007; pour l'ensemble de l'année 2007, il est à 7,2 %, un taux qui se maintient au début de l'année 2008. À noter que depuis le début des années 1990, le taux de chômage est constamment plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Depuis les dix dernières années, on remarque également une baisse du recours à l'assistance-emploi, au Québec. En 1997-1998, quelque 453 200 ménages (personnes seules ou familles) québécois recevaient des prestations d'assistance-emploi (auparavant « aide de dernier recours » ou « aide sociale »); en 2007-2008, on en compte un peu plus de 335 000, soit une baisse de plus de 26 %. Quant au nombre de prestataires (individus), la baisse est encore plus significative, atteignant plus de 34 %, entre 1997-1998 et 2007-2008; actuellement (2007-2008), on en compte moins de 490 000.

Figure
10

Taux de chômage au sein de la population québécoise, selon le sexe, de 1976 à 2007

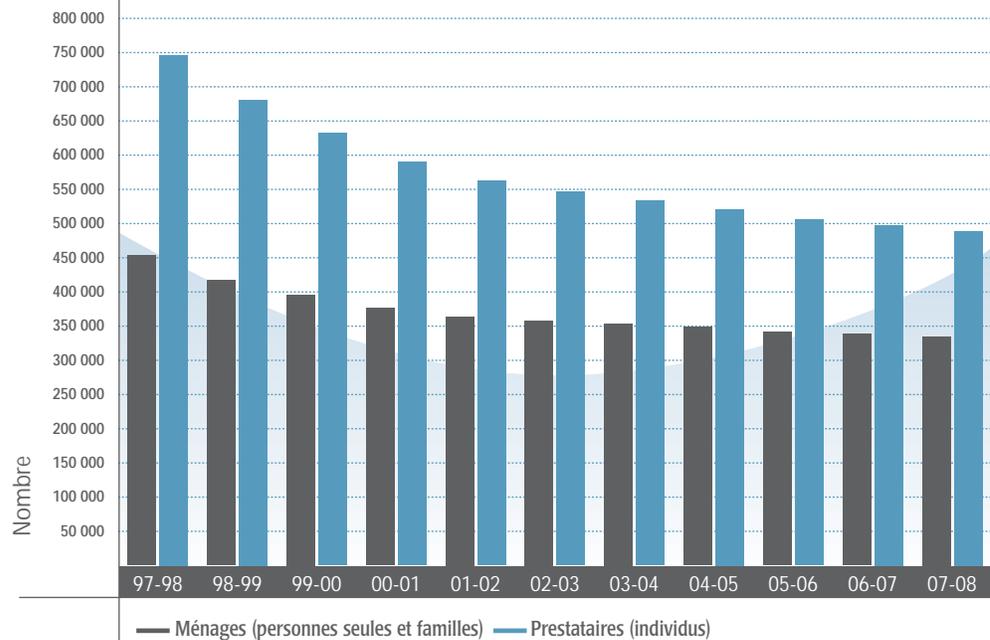


Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.
MSSS, SDI, mars 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau S3.

Figure
11

Nombre de ménages et de prestataires ayant recours à l'assistance-emploi, au Québec, moyenne annuelle, de 1997-1998 à 2007-2008



Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale www.mess.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau S4.

DES CARACTÉRISTIQUES SOCIOSANITAIRES

Le milieu des années 1960 marque le début d'une ère caractérisée par un net recul de la natalité au Québec. À la fin des années 1960, la chute de la fécondité est dramatique. La difficulté, pour les femmes, de concilier les impératifs du travail et les exigences familiales tend à limiter le nombre d'enfants par famille. Le recours accru aux interruptions volontaires de grossesse (IVG) - avortements - ainsi que le développement rapide de moyens efficaces de contraception et de stérilisation, sans oublier la baisse de l'influence de l'Église catholique au sein de la population francophone, concourent à la décroissance rapide du nombre de naissances, ou encore, au report de la décision d'une maternité.

Au sein de la population en général, la chute du taux brut de mortalité, amorcée au début des années 1920, s'arrête au début des années 1960, ce taux demeurant relativement constant depuis. Quant à la mortalité infantile, elle régresse de façon constante, et ce, quelle que soit la catégorie périnatale ou infantile.

Enfin, l'espérance de vie des Québécoises et des Québécois s'améliore constamment, si bien que l'espérance de vie à la naissance dépasse maintenant (2006) les 80 ans, alors que celle à 65 ans approche les 20 ans. De plus, dans les deux cas, l'écart historique entre les deux sexes en faveur des femmes ne cesse de s'atténuer.

La fécondité et les naissances

De son plus haut niveau, en 1959, à son plus bas, en 2000, le nombre annuel de naissances a chuté dramatiquement au Québec, passant d'environ 144 500 à 72 000 en à peine quatre décennies. Par contre, depuis 2002, on observe un redressement significatif de la situation, 84 200 naissances ayant été enregistrées en 2007. Quand on analyse le phénomène sur le long terme, on se rend compte que le taux de natalité a été divisé par quatre depuis le début du vingtième siècle, passant de 40 à 11 naissances pour 1 000 personnes. Évidemment, cela traduit une baisse marquée de l'indice synthétique de fécondité - 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. De 3,85 en 1951, il s'établit à 1,66 enfant par femme en âge de procréer en 2007; il est même descendu sous la barre de 1,40 au milieu des années 1980. En outre, après être passé à moins de 27 ans et demi dans la seconde moitié des années 1970, l'âge moyen de la mère au moment de la naissance est revenu au niveau où il se situait au début des années 1950, soit à 29,6 ans. En 1975, l'âge moyen de la mère au premier enfant se situait à 25 ans; en 2007, il se situe à 28 ans.



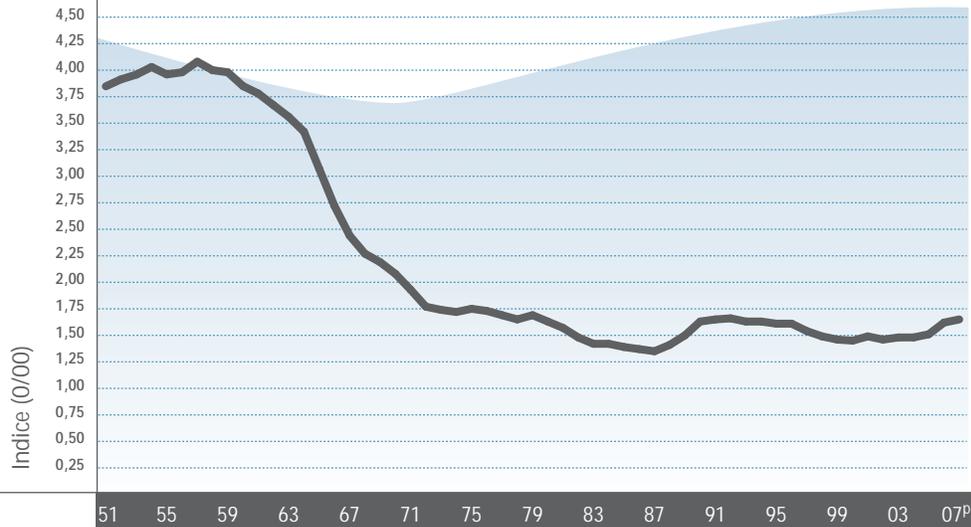
Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, juin 2008.

Données : Cahier statistique, Tableaux S5 et S6.

Figure 13

Évolution de l'indice synthétique de fécondité, au Québec, de 1951 à 2007



p : données provisoires.

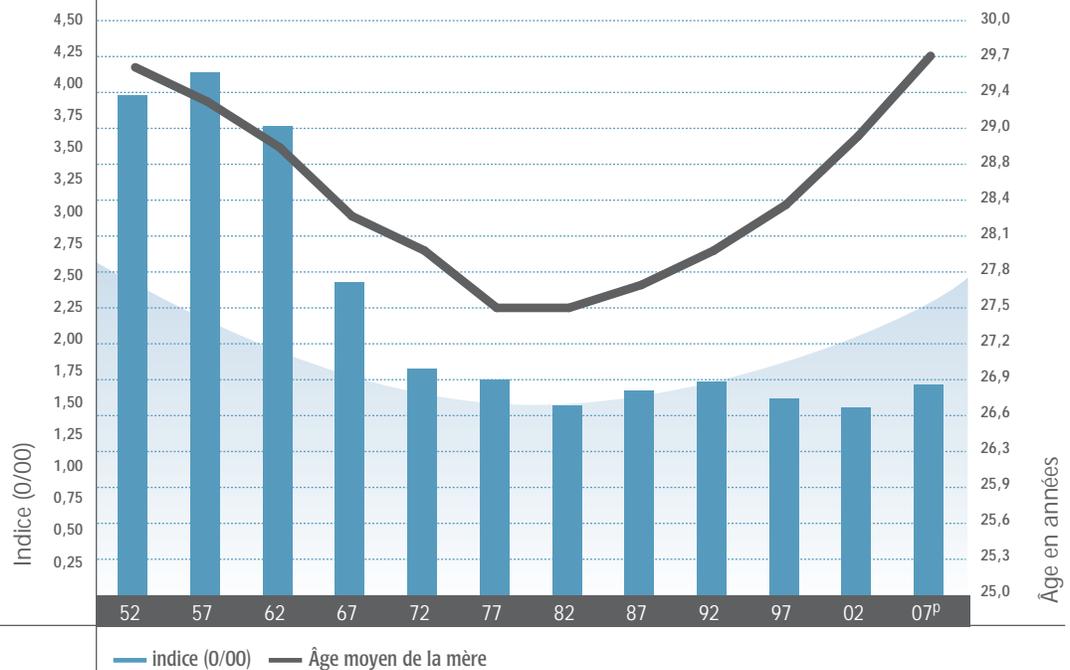
Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, juin 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau S6.

Figure 14

Indice synthétique de fécondité quinquennal et âge moyen de la mère à la naissance, au Québec, de 1952 à 2007



p : données provisoires.

Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, juin 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau S6.

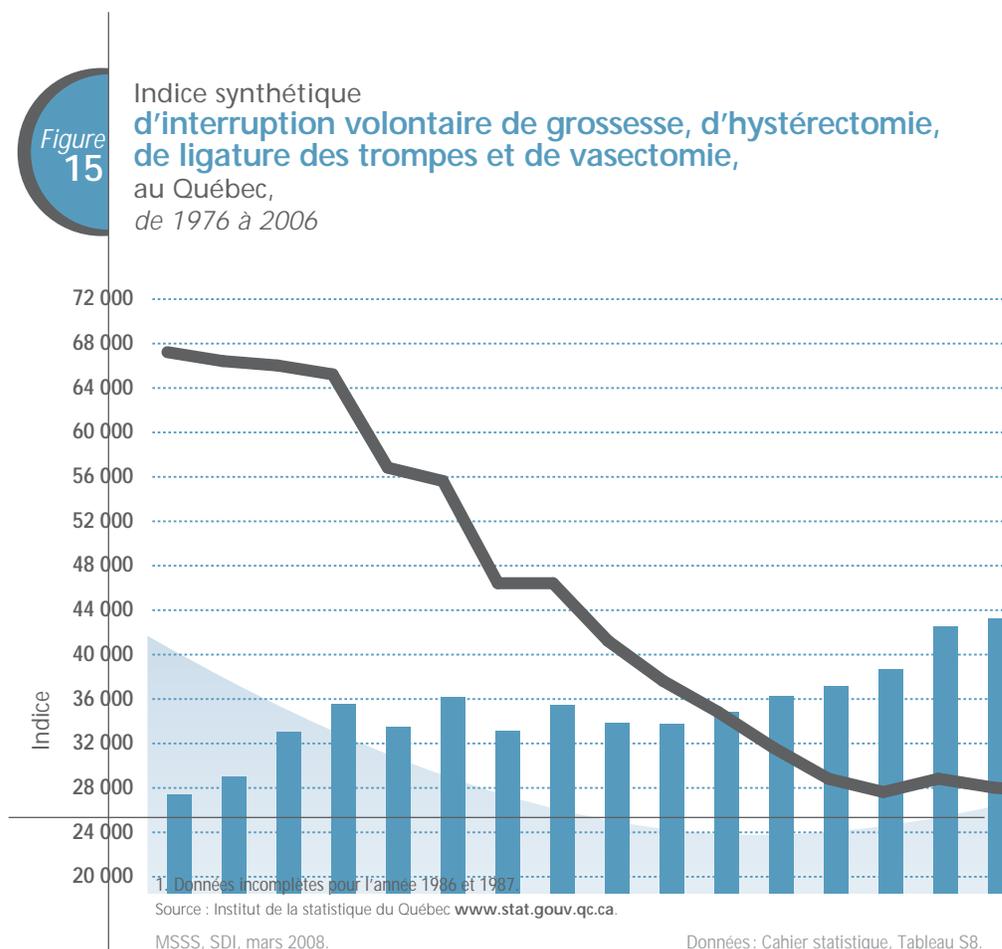
Au regard de l'évolution de la fécondité au sein de la population québécoise, outre l'utilisation des contraceptifs ainsi que les considérations sociologiques et socio-économiques, il y a trois facteurs mesurables qui ont eu, et qui ont encore aujourd'hui, un impact significatif, soit les interruptions volontaires de grossesse (IVG), les hystérectomies et les opérations de stérilisation (ligatures des trompes et vasectomies).

De 1976 à 2006, le nombre d'IVG est passé de 7 139 à 28 255, c'est-à-dire quatre fois plus en 30 ans. Traduit en termes de taux pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans, ce nombre est donc passé de 7,3 à 18,3 IVG pour 1 000 femmes, ou encore, de 7,3 à 34,4 IVG pour 100 naissances vivantes.

En ce qui regarde les hystérectomies - uniquement celles pratiquées sur des femmes âgées de moins de 50 ans, leur nombre est en décroissance depuis le milieu des années 1980. On en a comptabilisé moins de 10 500, en 2006, soit la moitié moins qu'en 1973.

Pour ce qui est des opérations de stérilisation, c'est-à-dire la ligature des trompes et la vasectomie, les tendances diffèrent. Alors que le nombre de ligatures des trompes a chuté considérablement, passant de près de 32 400 en 1978 à un peu plus de 4 700, en 2006, on a observé une tendance générale à la hausse du nombre de vasectomies jusqu'en 1997, celui-ci passant de moins de 8 000 en 1976 à près de 20 200, en 1997, avec un sommet de près de 20 700, en 1992. Depuis 1997, cependant, le nombre de vasectomies est en régression; il a atteint un peu plus de 12 750, en 2006.

Si l'on traduit ces chiffres en termes d'indice synthétique, ce qui correspond à la somme des taux par âge, on observe les tendances suivantes : l'indice d'IVG est passé d'un peu plus de 128, en 1976, à près de 600, en 2003 et 2004, pour se situer à un peu plus de 568 en 2006; celui d'hystérectomie est passé de 370, en 1977, à 113 hystérectomies, en 2006; l'indice synthétique de ligature des trompes a été pratiquement divisé par huit durant la même période, passant de 689 à 88; et, celui de vasectomie est demeuré relativement constant entre 1978 et 1997, pour régresser par la suite; il se situe à 227 en 2006.



La mortalité et l'espérance de vie

Au Québec, durant la période de 100 ans débutant en 1902 et se terminant en 2002, le nombre annuel de décès a plus que doublé, passant de quelque 27 400 à près de 55 800; ce sont les deux points extrêmes observés au Québec depuis l'an 1900. Cependant, exprimé en termes de taux brut de mortalité pour 1 000 personnes, ce nombre montre une décroissance marquée entre 1900 et 1960, suivie d'une relative stabilité jusqu'à aujourd'hui (2007), soit entre 7 et 7,5 ‰.

Sur le plan de la mortalité infantile, depuis 1971, la tendance est claire: une réduction importante du nombre de décès, ainsi qu'un recul constant du taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes. De quelque 1 600 décès de bébés, en 1971, on n'en compte plus que 330 en 2005, soit cinq fois moins. Par contre, on observe une remontée importante en 2006, avec 410 décès infantiles, suivie d'une baisse (376) en 2007. Traduit en termes de taux pour 1 000 naissances vivantes, le nombre de décès est passé de 17,3 en 1971 à 4,5 en 2007, soit une division par quatre, avec une hausse ponctuelle à 5,0 en 2006. À noter que le taux de mortalité infantile est toujours plus important chez les garçons que chez les filles, sauf pour les taux de 2003 et de 2004.

Si l'on répartit les décès selon les catégories reconnues en périnatalité, on constate que les tendances sont les mêmes pour chacune d'entre elles, c'est-à-dire une baisse importante depuis une trentaine d'années. De 1976 à 2005, le taux de mortalité (bébés mort-nés), ainsi que les taux de mortalité périnatale (bébés mort-nés plus décès à moins de 7 jours) et néonatale (décès à moins de 28 jours) ont été divisés par deux. Pendant la même période, le taux de mortalité infantile (décès à moins d'un an) a été réduit des deux tiers, alors que celui de mortalité post-néonatale (décès à 28 jours ou plus) était divisé par quatre.

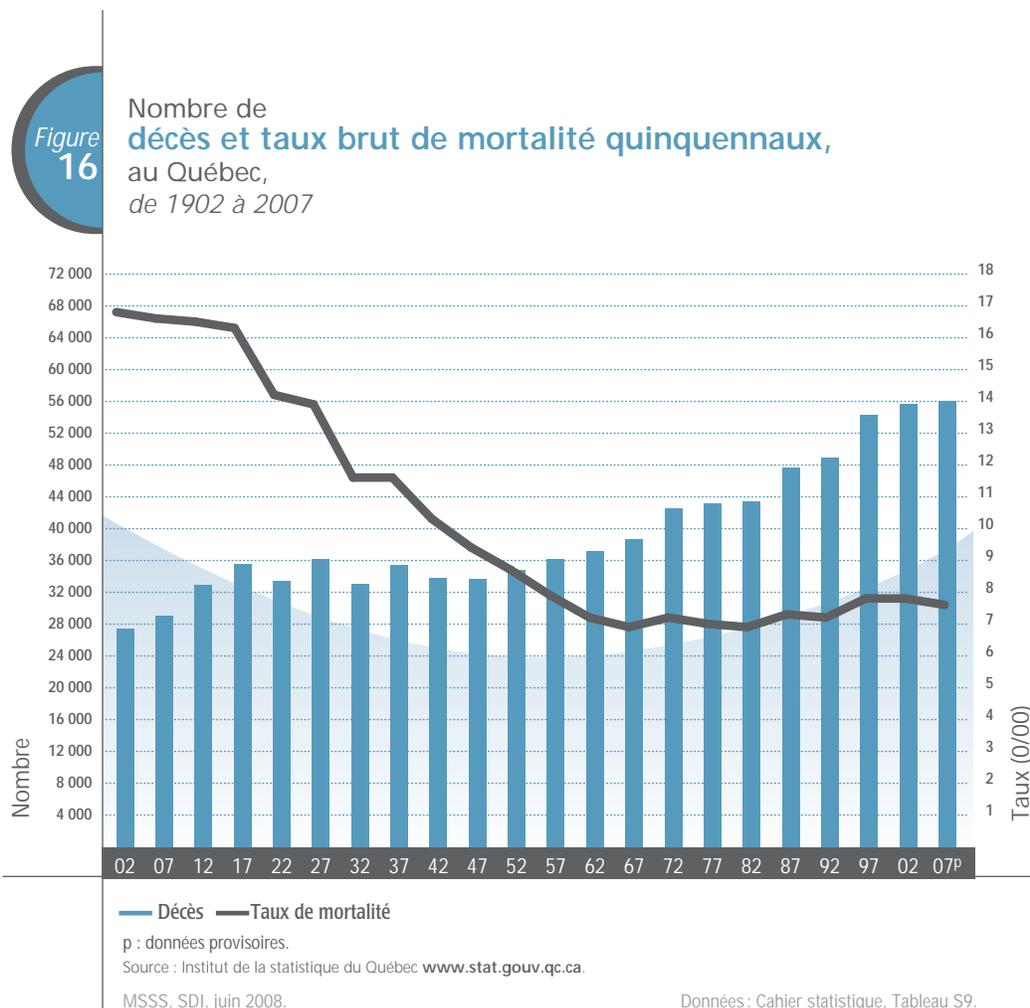
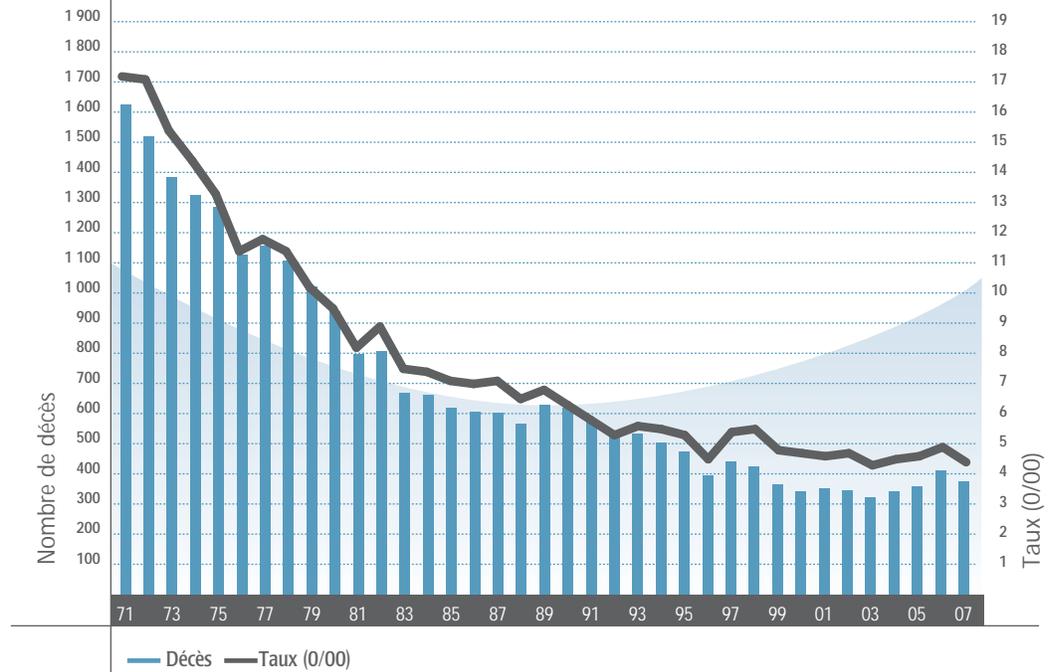


Figure 17

Nombre de **décès infantiles et taux de mortalité infantile** pour 1 000 naissances vivantes, au Québec, de 1971 à 2007



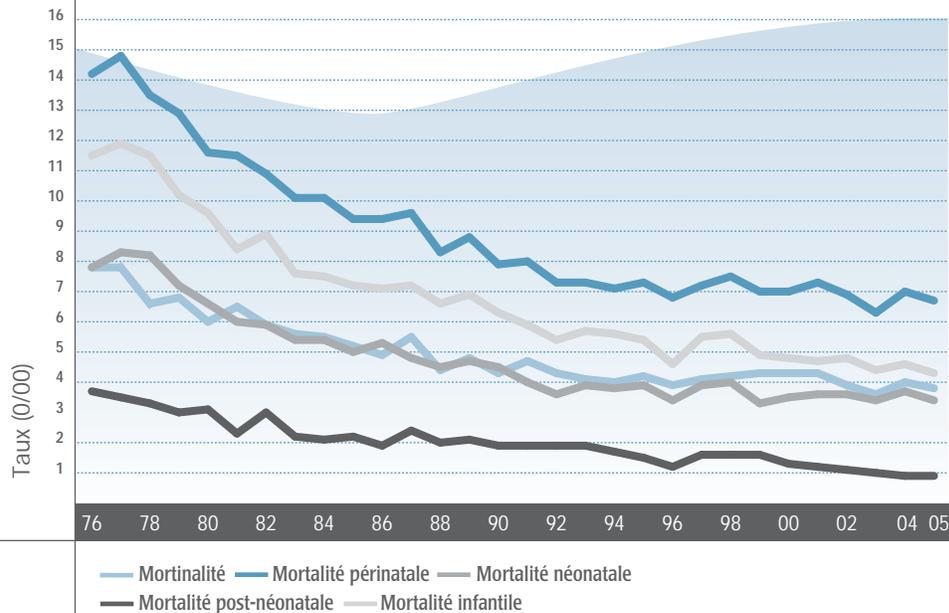
Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, juin 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau S10.

Figure 18

Taux de **mortalité et taux de mortalité périnatale, néonatale et infantile**, au Québec, de 1976 à 2005



Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2007.

Données : Cahier statistique, Tableau S11.

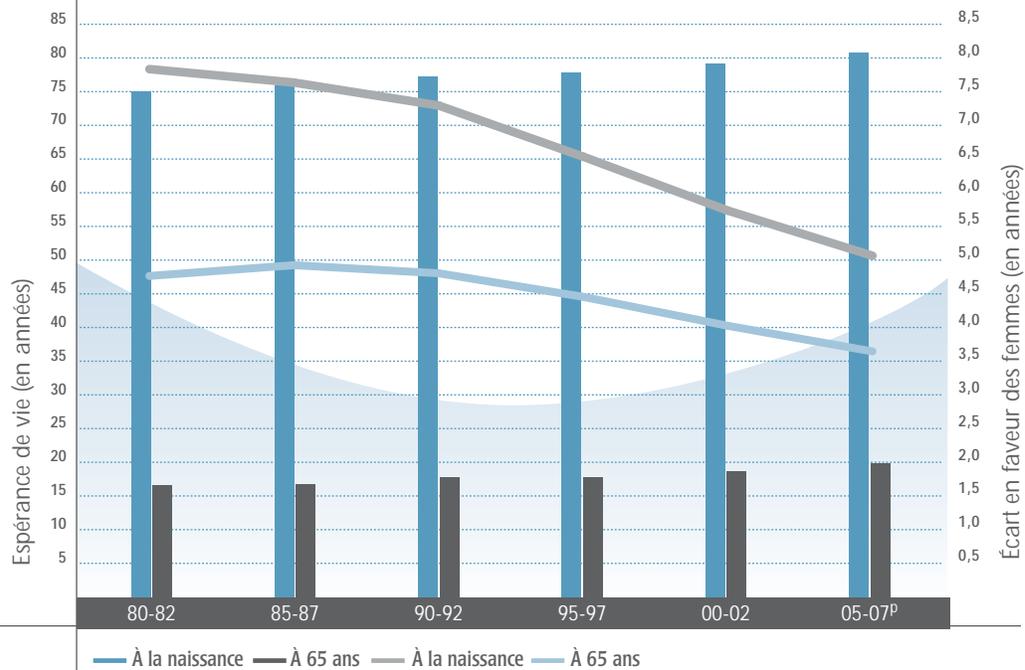
Depuis 25 ans, la population québécoise a vu son espérance de vie à la naissance augmenter de plus de cinq ans, soit près de sept ans chez les hommes et plus de quatre ans chez les femmes. En 2007, cette espérance se situe à près de 81 ans, c'est-à-dire un peu plus de 78 ans pour les hommes et un peu plus de 83 ans pour les femmes. À noter que l'écart entre les hommes et les femmes a été réduit de 2,8 ans, passant de 7,7 ans en 1980 à 4,9 ans en 2007.

Durant la même période, l'espérance de vie à 65 ans montre une hausse de plus de trois ans, pour atteindre 19,9 ans, en 2007, soit près de 18 ans chez les hommes et plus de 21 ans chez les femmes. L'écart entre les hommes et les femmes a été réduit de plus d'un an, passant de 4,6 ans en 1980 à moins de 3,5 ans en 2007.

Figure
19

Espérance de vie à la naissance et à 65 ans

au sein de la population québécoise, évolution des écarts d'espérance en faveur des femmes, selon la période triennale, de 1980-1982 à 2005-2007



p : données provisoires.

Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, juin 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau S12.



L'historique du système socio-sanitaire

L'émergence d'une politique

Les années 1960 et 1970 : une réforme

Les années 1980 et 1990 : une révision en profondeur

Les années 2000 : un équilibre à trouver

L'HISTORIQUE DU SYSTÈME SOCIOSANITAIRE

Le 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 de la société québécoise.

L'ÉMERGENCE D'UNE POLITIQUE

Sous le régime français et au 19^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 de Québec. 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.

Lors de la Grande Dépression (1929-1936), d'immenses efforts ont été déployés afin de porter assistance aux plus pauvres. Ces efforts se sont traduits par la mise en place de plusieurs organismes. 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 des statistiques sur les naissances, les mariages, les décès et les causes de décès.

Le ministère du Bien-être social est créé en 1940. Puis, au cours de 1941, le département de la Santé devient le département de la Santé et du Bien-être social. Plus tard, en 1944, ce dernier est scindé en deux entités distinctes : le département de la Santé et le département du Bien-être social. 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 globale des choses, donc d'une politique d'ensemble, mais certains éléments commencent à se préciser.

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 deviennent gratuits au Québec, c'est-à-dire à la charge de l'État. En septembre de la même année, le gouvernement du Québec verse les premières prestations aux parents qui ont des enfants à charge à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi des allocations scolaires.

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. En avril 1967, à l'instar du régime fédéral de 1944, le gouvernement québécois crée son propre programme d'allocations familiales et commence à verser une allocation semestrielle à toute famille domiciliée au Québec ayant à sa charge un enfant âgé de moins de 16 ans.

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 sur le plan des activités d'assistance sociale; celles-ci étaient 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. On passe ainsi de la conception d'hygiène publique à celle de santé communautaire.

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 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 aux soins médicaux, aux services de chirurgie buccale et aux services optométriques, par la prise en charge financière de l'État. 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 à ces 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 visant 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. 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. À cette époque, 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 du système sociosanitaire québécois 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 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 complémentarité 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 régionalisation administrative. (L'annexe 1 présente un bref rappel de quelques moments-clés en ce qui regarde la régionalisation au sein du réseau socio-sanitaire québécois.)

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.

De plus, le 1^{er} avril 1984, la Loi canadienne sur la santé est sanctionnée. Par le truchement de cette loi, le gouvernement fédéral veille à ce que certaines exigences quant à l'offre de services de santé assurés - l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité soient respectées par les provinces et les territoires. Ces exigences, ou « principes nationaux », vont contribuer à modeler les régimes provinciaux d'assurance-santé à l'échelle du Canada.

Au milieu des années 1980, le réseau de services de santé et de services sociaux québécois 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 du Québec 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, au début des années 1990, à la réforme 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; celle-ci va s'articuler autour de trois grands moyens complémentaires. 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 Politique de la santé et du bien-être fixe au système des objectifs précis qui, en théorie, en orienteront désormais toutes les 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 comme décideur. Les rôles et les 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 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, le Ministère et ses partenaires entreprennent 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, ce qui permet 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;
- 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 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, et ce, à un coût raisonnable.

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 l'évolution des besoins due au vieillissement 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 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 confie la présidence à monsieur Michel Clair, qui doit 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 décembre 2000, la Commission dépose son rapport et soumet au gouvernement du Québec les paramètres du nouvel équilibre. En fait, compte tenu des lacunes qu'elle a relevées, la Commission propose une vision d'avenir à la population québécoise quant à l'organisation, à la gouverne, à la prestation et au financement des services sociosanitaires. Cette vision organisationnelle, généralement bien accueillie, se base sur la mesure de la

performance, les ententes contractuelles et la reconnaissance de l'importance du concept qui veut que « l'argent suive le client », mais toujours à l'intérieur de la capacité de payer des citoyens.

Parmi les 36 recommandations et les 59 propositions soumises par 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.

Ainsi, la Commission présente certaines pistes de solution, à caractère global ou systémique, qui vont nécessiter des engagements gouvernementaux, en termes d'orientations et de politiques, pour la prochaine décennie. La priorité à l'organisation des services de santé et des services sociaux de base près des individus, et ce, dans toutes les régions du Québec, en est un bon exemple. D'autres pistes appellent un engagement mutuel de la part de tous les intervenants car elles s'attaquent aux façons de faire déjà établies, tout en visant un ralentissement dans la croissance des coûts. Enfin, quelques pistes conduisent à la nécessaire mise à jour des grands principes inscrits dans la Loi canadienne sur la santé, sans jamais toutefois remettre en cause les valeurs de solidarité, d'équité et de compassion qui les sous-tendent.

En définitive, 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.

Une gouverne axée sur les résultats et l'imputabilité

Avec l'adoption, en novembre 1999, de la Loi sur l'administration publique (projet de loi 82), dont l'objectif premier était de moderniser la gestion publique en se fondant sur trois principes de base, soit une gestion axée sur les résultats avec la planification stratégique comme appui, la transparence envers la population et l'imputabilité des organisations, le Québec s'est donné un cadre gouvernemental, c'est-à-dire un contexte précis dans lequel vont s'inscrire ses actions sur le plan de la gouverne, notamment dans le domaine des services de santé et des services sociaux.

Ainsi, le 21 juin 2001, le gouvernement sanctionne le projet de loi 28, c'est-à-dire la Loi modifiant la gouverne dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ce nouveau cadre d'une gestion axée sur les résultats, selon une perspective de renforcement de l'imputabilité des différents paliers de responsabilité, reprend donc les mêmes outils que ceux imposés au Ministère dans la Loi sur l'administration publique et les applique au réseau de la santé et des services sociaux.

La Loi modifiant la gouverne dans le réseau de la santé et des services sociaux s'articule autour de quatre grands pôles. D'abord, sur le plan de la gouverne régionale, non seulement la loi maintient-elle l'ensemble des responsabilités déjà imparties aux régies régionales, mais elle y ajoute certains pouvoirs de surveillance et d'intervention auprès des établissements. De plus, elle soumet les régies régionales à l'obligation de produire, pour le ministre, un plan stratégique triennal d'organisation des services. En ce qui a trait à la gouverne des établissements, la loi modifie la composition de tous les conseils d'administration, notamment en accroissant la présence de membres issus de la communauté, et elle impose le regroupement des conseils d'administration des établissements locaux. En troisième lieu, la loi ordonne la conclusion d'ententes annuelles de gestion et d'imputabilité, d'une part, entre le Ministère et les régies régionales, et d'autre part, entre les régies et les établissements; ces ententes mutuelles devront être assorties d'indicateurs de reddition de comptes publiés dans un rapport annuel de gestion. Enfin, sur le chapitre de la gouverne en santé publique, en plus d'apporter quelques ajustements aux mandats du directeur régional, la loi prévoit la nomination d'un directeur national de santé publique qui devra assurer la coordination nationale et interrégionale des activités du programme de santé publique.

C'est également lors de l'entrée en vigueur de la Loi modifiant la gouverne dans le réseau de la santé et des services sociaux que le Forum de la population est créé. Celui-ci doit assurer, à l'échelle régionale, la mise en place de différents modes de consultation de la population sur la satisfaction au regard des services offerts, sur les besoins en matière d'organisation de ces services et sur les différents enjeux du domaine sociosanitaire, et ce, en fonction de la dynamique de chaque région. (L'annexe 2 présente un bref résumé de quelques événements marquants quant à la participation de la population à la gestion du système sociosanitaire québécois.)

Dans la foulée de la Loi modifiant la gouverne dans le réseau de la santé et des services sociaux, plusieurs autres actions structurantes viennent également garnir le coffre à outils du Ministère et du réseau.

L'un de ces gestes est l'adoption, en décembre 2001, de la Loi sur la santé publique. Parmi l'ensemble des mesures prescrites par cette loi, il y a le Programme national de santé publique 2003-2012 qui constitue l'instrument privilégié d'orientation et de planification en cette matière pour les dix années à venir. Une autre mesure importante est inscrite à l'article 54 de la loi; il s'agit de l'obligation pour les ministères et les organismes du gouvernement québécois de consulter le ministre de la Santé et des Services sociaux lors de l'élaboration de lois et de règlements pouvant avoir une influence considérable sur la santé. L'article 54 marque donc la volonté du gouvernement de mesurer les effets potentiels des projets de loi ou de règlement sur la santé de la population et, par conséquent, reconnaît explicitement le principe de l'action intersectorielle.

Outre la Loi sur la santé publique, on peut mentionner les actions suivantes : la sanction, en décembre 2002, de la Loi sur les services hospitaliers d'urgence, qui définit les rôles et responsabilités du ministre, des régies régionales, des techniciens ambulanciers et, le cas échéant, des premiers répondants en ce domaine; l'accréditation des premiers Groupes de médecine familiale (GMF), en novembre 2002, dont la mise en place vise à faciliter l'accès auprès d'un médecin de famille, à valoriser le rôle de celui-ci et, ultimement, à améliorer la qualité des soins médicaux généraux; et, la création, en février 2003, du Conseil du médicament, qui doit notamment assister le ministre dans la préparation de la liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments, en plus d'assurer le suivi de l'utilisation des médicaments.

À ceci, il faut ajouter l'adoption, en juin 2002, du projet de loi 90, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, où le législateur décrit, entre autres choses, les attributions des futures infirmières praticiennes spécialisées. Avec l'introduction de cette nouvelle catégorie d'infirmières au sein des équipes soignantes, on vise une amélioration de l'accessibilité, de la qualité et de la continuité des soins et des services, en plus d'offrir une perspective de carrière plus attrayante pour les infirmières. En 2004, quinze infirmières étaient inscrites aux études de deuxième cycle; la première cohorte d'infirmières praticiennes spécialisées a été diplômée à la fin de l'automne 2005.

Vers une intégration des services

En décembre 2003, afin, d'une part, de rapprocher les services de la population et, d'autre part, de faciliter le cheminement des personnes dans le réseau de services, le gouvernement sanctionne la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (projet de loi 25). Cette loi marque le début d'une période de transition dans l'organisation du système de santé et de services sociaux du Québec, en vue d'une meilleure intégration des services socio-sanitaires.

Puis, en 2005, le projet de loi 83 permet de franchir une étape importante dans l'organisation et l'administration des services de santé et des services sociaux. Cette nouvelle législation permet, entre autres, de clarifier les responsabilités des divers paliers de gouverne du réseau, à la suite de la mise en place des 95 RLS. De plus, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS) deviennent des agences régionales de la santé et des services sociaux (ARSSS) et sont dorénavant responsables de la coordination de la mise en place des services sur leur territoire respectif. Ces autorités régionales doivent notamment élaborer les orientations et les priorités régionales, exercer les fonctions régionales de la santé publique, faciliter le déploiement et la gestion des réseaux locaux de services, et assurer l'allocation des budgets aux établissements et des subventions aux organismes communautaires. Les agences doivent également s'assurer de la participation de la population à la gestion des services, de la prestation sécuritaire des services et du respect des droits des usagers.

Le projet d'intégration des services s'inscrit dans une dynamique de gestion axée sur les résultats. Il encadre un ensemble de changements, notamment au mode d'allocation des ressources financières, aux modalités de négociation des conventions collectives dans les établissements et au mode de rémunération des médecins. Ces changements visent à corriger certaines lacunes du système de santé et de services sociaux quant à l'accessibilité et à la continuité des services offerts.

En plus de se donner une meilleure possibilité d'offrir aux citoyens des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et sans rupture, le projet d'intégration des services vise plusieurs autres objectifs, dont : le rapprochement de la prise de décision de ceux qui offrent les services et de ceux qui les utilisent; la consolidation du partenariat entre les nombreux acteurs concernés par les services de première, de deuxième et de troisième lignes; et, la mobilisation des cliniciens en favorisant leur participation à l'organisation et à la gestion des services.

La concrétisation de ce projet nécessite une action collective de la part des organisations et des acteurs concernés; deux principes orienteront cette action. D'abord, la responsabilité populationnelle, qui amènera les différents intervenants offrant des services à la population d'un territoire local à partager collectivement une responsabilité envers cette population. En second lieu, la hiérarchisation des services, qui en garantira la complémentarité et facilitera le cheminement de l'usager entre les services de première, de deuxième et de troisième lignes, grâce à des mécanismes de référence entre les producteurs. Enfin, la création des RLS constituera la toile de fond sur laquelle viendront se dessiner un ensemble de moyens et de conditions qui favoriseront la complémentarité des services.

Avec l'adoption de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic, en décembre 2003, le gouvernement se donne un outil important dans la poursuite de ses objectifs sur le plan de l'organisation du travail. Au cours de cette même année, afin de renforcer les liens unissant les établissements aux universités possédant une faculté de médecine, le Ministère crée quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), reliés aux universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke.

Puis, au cours de l'année 2004, le Ministère pose quelques gestes législatifs et réglementaires dans le cadre de problématiques particulières. À titre d'exemples, en avril, le Ministère lance la Politique en soins palliatifs de fin de vie. Puis, en mai, conjointement avec le ministère de la Justice, est approuvé le Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice des sages-femmes lors d'accouchements à domicile. Plus tard, en décembre, on adopte la Loi sur l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. Cette loi prévoit des mesures concrètes et la mise sur pied d'un plan d'action visant à réduire les obstacles à l'intégration des personnes handicapées.

De plus, en novembre de la même année, des personnalités issues de tous les milieux de la société québécoise, réunies lors du Forum des générations, ciblent deux défis qui ont un effet direct sur le système de santé et de services sociaux, qui devront donc être en trame de fond de toutes les décisions touchant ce domaine, soit les changements démographiques et la situation des finances publiques.

L'accès aux services

Des modifications législatives importantes marquent l'année 2005. En plus de poursuivre la mise en place des mesures déjà adoptées, le Ministère veut aussi poursuivre ses efforts en vue de réduire plusieurs délais et listes d'attente, de dynamiser l'organisation du réseau et d'améliorer l'accès aux services pour les citoyens.

D'abord, en juin 2005, l'adoption du projet de loi 38, Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, confirme la création du poste de Commissaire; son mandat sera de faire rapport sur la performance du système de santé et de services sociaux, et de proposer des changements susceptibles d'en améliorer l'efficacité et l'efficience. À la même date, on adopte le projet de loi 112, Loi modifiant la Loi sur le tabac et d'autres dispositions législatives, afin d'intensifier la lutte contre le tabagisme, notamment auprès des jeunes.

Puis, en novembre 2005, une étape importante est franchie dans l'organisation et l'administration des soins de santé et des services sociaux par l'adoption du projet de loi 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. Cette nouvelle législation permet, entre autres, de clarifier les responsabilités des divers paliers du réseau à la suite de la mise en place des RLS, ainsi qu'une circulation accrue de l'information, favorisant ainsi le travail des équipes de dispensation de services et le partage des connaissances. Enfin, en décembre, la Loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments et d'autres dispositions législatives est adoptée (voir la section « Les services pharmaceutiques », p. 77).

Outre les modifications législatives, l'année 2005 a également été le théâtre de quelques événements qui ont incité le ministre à mener une large consultation auprès de la population afin de mesurer le chemin parcouru, d'une part, et de permettre au Ministère de jeter les bases du système de santé et de services sociaux de demain, d'autre part. Parmi ces événements, trois retiennent particulièrement l'attention.

D'abord, en juin, la Cour suprême du Canada rend son verdict dans l'affaire Chaoulli et Zélotis, amorcée en 1997. La Cour statue que l'interdiction de souscrire à des assurances privées pour obtenir des services couverts par le régime public contrevient à la Charte québécoise des droits et libertés. Puis, en juillet, le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, présidé par monsieur L. Jacques Ménard, présente un rapport où il pose le défi particulier du financement à long terme du système dans un contexte où la croissance des coûts est amplifiée par le vieillissement de la population. Enfin, en septembre, sous la présidence de monsieur Jean Perrault, l'Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention, formée à la suite du Forum des générations, sonne l'alarme sur les graves problèmes d'obésité chez les jeunes.

Avec la publication, en février 2006, du document *Garantir l'accès : Un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, le ministre tresse le canevas à partir duquel vont s'articuler les discussions au cours de la consultation publique qu'il a décidé de tenir dès le printemps suivant. Trois cibles majeures vont orienter les débats.

Le premier thème se rapporte à la consolidation et à la poursuite des actions en matière de services préventifs, de services de première ligne et de services médico-hospitaliers. Pour ce faire, plusieurs mesures sont envisagées. Sans en dresser une liste exhaustive, on peut mentionner les suivantes : d'abord, sur le plan des services préventifs, se doter d'une politique en matière d'alimentation, augmenter la pratique d'activités physiques chez les jeunes et leur famille, et, protéger la population en cas de menace à la santé; ensuite, en ce qui a trait aux services de première ligne, prévoir des mécanismes de coordination entre les services hiérarchisés, poursuivre la création des GMF et des cliniques-réseau, miser sur le partage des tâches, notamment entre les infirmières et les médecins, et adopter des modes de prestation de services orientés vers le soutien des personnes dans la communauté; puis, en ce qui a trait aux services médico-hospitaliers, organiser ces services en fonction des populations à desservir aux niveaux local, régional et national, établir des « corridors » de services fonctionnels et efficaces entre les établissements, et accentuer la collaboration et le partage d'expertise entre les RUIS et les établissements.

Le second thème constitue une réponse à l'arrêt Chaoulli-Zélotis. Tout en permettant une ouverture limitée et très encadrée au secteur privé, le gouvernement réitère son engagement ferme à maintenir un système public fort qui s'appuie sur les valeurs et les acquis l'ayant toujours caractérisé. La réponse au jugement de la Cour suprême prend donc la forme d'un mécanisme public d'accès pour certaines procédures médicales, selon une perspective évolutive, jumelée à une ouverture limitée à l'assurance privée pour couvrir trois chirurgies : le remplacement de la hanche; le remplacement du genou; et la chirurgie de la cataracte. (L'annexe 3 présente quelques brefs rappels historiques quant à la participation du secteur privé au système de santé et de services sociaux québécois.)

Le dernier thème est celui du financement à long terme du système de santé et de services sociaux, dans le contexte plus général des perspectives d'avenir quant aux finances publiques du Québec. Sujet rémanent s'il en est un, le financement du système sociosanitaire, dans un contexte dichotomique de ressources financières limitées et de besoins sociosanitaires pratiquement sans limites, se pose en permanence comme la toile de fond sur laquelle se dessinent la majorité, pour ne pas dire la totalité, des débats à propos du système de santé et de services sociaux et de sa pérennité. Alimenté par un argumentaire se basant en grande partie sur le vieillissement

accélération de la population et le développement rapide des technologies, qu'il s'agisse d'appareils médicaux, de technologies de l'information ou de nouveaux médicaments, il y a ceux qui décrivent l'évolution des dépenses socio-sanitaires comme étant sans commune mesure avec l'évolution de la capacité collective de payer. Dans l'autre camp, moins nombreux cependant, il y a ceux qui défendent la thèse voulant que les dépenses socio-sanitaires évoluent sensiblement au même rythme que la richesse collective, mesurée par le produit intérieur brut (PIB) et, qu'au total, comparé aux autres provinces, le gouvernement en exerce somme toute un bon contrôle. Et, dans toutes ces discussions autour du financement du système de santé et de services sociaux, on se doit de toujours considérer un joueur important, soit le gouvernement fédéral qui, au moyen de transferts fiscaux et financiers, apporte sa contribution au financement des services de santé et des services sociaux du Québec, comme à ceux des autres provinces. (L'annexe 4 présente un bref aperçu de la participation du palier fédéral au financement du système socio-sanitaire québécois, au cours des années.)

Quoi qu'il en soit, la consultation publique amorcée au printemps 2006 donne lieu au dépôt du projet de loi 33, la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, où sont posées les balises du futur système de santé et de services sociaux québécois; cette loi est sanctionnée en décembre 2006.

Essentiellement, la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives vise à améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés. Pour ce faire, elle prévoit plusieurs mesures, dont l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès à ce type de services dans les établissements qui les offrent. De plus, la loi confère au ministre le pouvoir d'émettre des directives d'accès aux services requis dans le cas de délais d'attente jugés déraisonnables. Elle prévoit également la création d'un régime juridique d'exercice d'activités médicales dans les centres médicaux spécialisés. La loi prévoit un encadrement de la qualité et de la sécurité des services médicaux dispensés dans un centre médical spécialisé, notamment en exigeant que l'exploitant du centre soit titulaire d'un permis, obtienne un agrément et nomme un directeur médical. Elle prévoit en outre la possibilité, pour un centre hospitalier, de s'associer à une clinique médicale pour la dispensation de services médicaux spécialisés à certains de ses usagers. La loi modifie également la Loi sur l'assurance maladie, afin de donner la possibilité à un citoyen de conclure un contrat d'assurance privée couvrant le coût de certains services assurés requis. La loi modifie également la Loi sur l'assurance-hospitalisation, afin de maintenir l'interdiction de conclure un contrat d'assurance comportant une garantie de paiement à l'égard du coût d'un service hospitalier assuré.

De nouveaux outils

Dans les sillons tracés, entre autres, par la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives et par le Plan stratégique 2005-2010, le Ministère a continué à se doter de nouveaux outils, et ce, dans différents secteurs de l'activité socio-sanitaire.

Parmi les gestes posés au cours de l'exercice 2006-2007, on reconnaîtra le Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009, le Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010, ainsi que le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012.

À l'été 2006, le poste de Commissaire à la santé et au bien-être est créé, avec le mandat d'apprécier les résultats produits par le système de santé et de services sociaux. Pour le conseiller dans son travail, un Forum de consultation est également mis sur pied; il regroupera 27 membres dont 9 experts et 18 personnes provenant de chacune des régions socio-sanitaires du Québec.

En février 2007, le ministre présente sa Politique du médicament. Celle-ci garantit la gratuité des médicaments pour tous les prestataires de l'assurance-emploi, ainsi que pour les personnes âgées de 65 ans ou plus recevant au moins 94 % du supplément de revenu garanti à compter du 1^{er} juillet 2007, et facilite l'accès aux médicaments d'exception. De plus, à partir d'avril 2007, les fabricants de médicaments pourront augmenter leurs prix, mais seulement à hauteur de l'indice des prix à la consommation (IPC). Certaines exceptions pourront être consenties, mais uniquement avec l'accord du ministre. En outre, la Politique prévoit une baisse du prix des médicaments génériques, ainsi qu'une diminution de la marge maximale théorique de profit que les grossistes peuvent demander; elle passe de 9 à 7 %, puis à 6 % en février 2008. Dans les faits, la marge réelle, c'est-à-dire celle observée en réalité, revient au même niveau qu'auparavant, soit 6 %. On estime que l'effet de la Politique sur la prime des assurés du régime public ne devrait pas dépasser 0,5 %.

Certaines actions quant à l'usage des médicaments sont aussi prévues dans la Politique. On peut mentionner : l'ajout d'une ligne Info-médicaments au sein du service Info-santé (service téléphonique d'aide médicale); des campagnes de sensibilisation sur le bon usage des médicaments; pour certains patients ciblés, un processus de révision de la médication prise à domicile en collaboration avec le médecin de famille et le pharmacien; et une accélération de l'informatisation afin de permettre une communication directe entre le médecin et le pharmacien.

La Politique du médicament maintient «la règle des 15 ans» assurant le remboursement de leurs produits, pendant cette période, aux fabricants de médicaments innovateurs, et ce, même s'il existe un équivalent générique moins cher. En fait, durant cette période, le choix d'utiliser un générique ou non est laissé au consommateur, et dans les deux cas, les médicaments sont remboursés. Enfin, elle prévoit la possibilité d'ententes avec l'industrie sur le partage des risques financiers associés à l'utilisation d'un médicament, ainsi que la création d'un forum permanent réunissant les ministères intéressés et l'industrie.

En 2006-2007, on a également assisté à la concrétisation des premières étapes prévues au plan d'affaires du Dossier de santé du Québec (DSQ). Ce projet, dont l'horizon de réalisation s'étend jusqu'en 2010, consiste à doter le Québec d'un outil électronique devant permettre aux médecins, aux pharmaciens et aux infirmières autorisés d'accéder à certaines informations cliniques nécessaires au suivi et à la prise en charge des patients, et ce, quel que soit le lieu où ils reçoivent des services de santé au Québec. Le projet de loi 70, introduisant le principe de consentement implicite des usagers, facilitera l'implantation du DSQ; il a été adopté en mai 2008.

Enfin, en juin 2007, le Conseil des ministres confiait à un groupe de travail présidé par monsieur Claude Castonguay le mandat général de formuler des recommandations sur les meilleurs moyens à prendre pour assurer un financement adéquat du système sociosanitaire québécois.

En fait, ce mandat comportait quatre volets :

- proposer au gouvernement des sources additionnelles de financement pour les services de santé et les services sociaux;
- préciser le rôle que le secteur privé peut jouer afin d'améliorer l'accès et de réduire les délais d'attente, et ce, en préservant un système public fort dans le maintien des valeurs qui le caractérisent;
- proposer une structure pour un nouveau «compte santé» afin d'améliorer la transparence du financement des services sociosanitaires, de mieux informer la population et d'illustrer la problématique du financement à moyen terme, en particulier quant au niveau des transferts fédéraux pour les services sociosanitaires;
- examiner les modifications qui pourraient être suggérées afin que les ajustements nécessaires soient apportés à la Loi canadienne sur la santé.

Dans son rapport déposé en février 2008, le groupe de travail définit un objectif central : le Québec doit assurer la pérennité du système public de santé et de services sociaux en augmentant sa productivité et en ajustant la croissance des montants qui lui sont consacrés au taux de croissance de la richesse collective, mesurée par le PIB, tout en améliorant l'accès aux soins et la qualité des services. De plus, il formule huit propositions et vingt-neuf recommandations.

Parmi les recommandations, certaines sont reçues de façon positive, telles l'accélération du déploiement des cliniques de santé de première ligne et la création d'un Institut national d'excellence en santé, alors que d'autres, telle la constitution d'un fonds de stabilisation réservé aux services sociosanitaires, à partir d'une franchise modulée selon l'utilisation des services et le revenu familial ainsi qu'un pourcentage de la taxe de vente du Québec, ne sont pas retenues par le gouvernement.

Le grand défi

Pour les années à venir, dans l'univers des services sociosanitaires du Québec, les enjeux demeureront clairs. Il faudra d'abord continuer à assurer le développement d'actions efficaces en amont des problèmes. Ensuite, il faudra continuer à adapter l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables. Il faudra en outre persister dans les actions qui visent l'amélioration de la qualité des services et l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services. Et, évidemment, il faudra continuer de rechercher les conditions nécessaires à une gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux.

Promouvoir et améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise et lui offrir des services de santé et des services sociaux accessibles, continus et de qualité, de façon sécuritaire et dans des délais raisonnables, sont autant de défis à relever pour le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'ensemble des acteurs concernés.



Les dimensions du système sociosanitaire

La structure actuelle

Les ressources humaines

Les ressources institutionnelles

L'utilisation des services

Les coûts

LES DIMENSIONS DU SYSTÈME SOCIOSANITAIRE

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. 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.

Le système sociosanitaire québécois s'appuie sur un cadre législatif comprenant près d'une trentaine de lois régissant les différents aspects de cet univers de services. (L'annexe 5 présente une liste des lois en vigueur dans le domaine de la santé et des services sociaux.)

LA STRUCTURE ACTUELLE

Le système de santé et de services sociaux du Québec est formé d'une structure à trois paliers de gouvernance.

Au palier central, 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.

Au palier régional, quinze agences régionales de la santé et des services sociaux (ARSSS), auxquelles s'ajoutent la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, 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), coordonnent la mise en place des services sociosanitaires dans leur région respective. Ces organismes régionaux disposent de pouvoirs étendus et de tous les leviers nécessaires pour organiser et adapter les ressources selon les besoins du milieu. Les agences et les trois organismes administratifs régionaux doivent rendre compte de leur gestion, d'une part, à la population de leur territoire et, d'autre part, à l'autorité ministérielle.

Au palier local, les services de santé et les services sociaux sont offerts par les établissements sociosanitaires, c'est-à-dire des entreprises ou entités administratives. Ceux-ci chapeautent des installations, c'est-à-dire des lieux physiques où sont dispensés les services. La loi répartit ces établissements selon les cinq grandes missions (centres de services) suivantes :

- centre local de services communautaires;
- centre hospitalier;
- centre de protection de l'enfance et de la jeunesse;
- centre d'hébergement et de soins de longue durée;
- centre de réadaptation.

La mission d'un centre local de services communautaires (CLSC) est d'offrir, en première ligne, des services de santé et des services sociaux courants. De plus, à la population du territoire qu'il dessert, il doit offrir des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. Enfin, il doit réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions prévues dans la Loi sur la santé publique.

Celle d'un centre hospitalier (CH), qu'il s'agisse d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou d'un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP), est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés.

La mission d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) est d'offrir, dans la région, des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur le système de justice pour adolescents, ainsi qu'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.

Celle d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est 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, 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. La mission d'un tel centre peut également comprendre l'exploitation d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour.

Enfin, la mission d'un centre de réadaptation (CR) est d'offrir des services d'adaptation ou 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 autre toxicomanie, requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes.

Avec le temps, plusieurs regroupements de centres de services ont été effectués au sein du réseau d'établissements. On a ainsi créé un réseau de centres jeunesse (CJ) en réunissant, dans chacune des régions, les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CR JDA) et les centres de réadaptation pour jeunes mères en difficulté d'adaptation (CR MDA).

Les établissements, et les installations qu'ils chapeautent, ont un statut soit public, c'est-à-dire à but non lucratif entièrement budgétisé par le Ministère, soit privé, c'est-à-dire à but partiellement lucratif budgétisé en partie par le Ministère et en partie « aut budgétisé » (privé conventionné), ou encore totalement lucratif entièrement « aut budgétisé » (privé non conventionné).

Le palier de gouvernance local : le CSSS

Avec la mise en place des RLS, on a créé, au cœur de chacun d'entre eux, un superétablissement, c'est-à-dire une instance locale appelée centre de santé et de services sociaux (CSSS), en regroupant sous la responsabilité d'un même conseil d'administration un ou plusieurs centres locaux de services communautaires, centres d'hébergement et de soins de longue durée et centres hospitaliers.

Le CSSS est l'assise d'une offre de service intégrée. Partageant avec d'autres partenaires une responsabilité envers la population du territoire de RLS, il assure l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à cette population. Le modèle

repose, d'une part, sur l'offre, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne, incluant les services de santé publique, et, d'autre part, sur la mise en place de mécanismes d'orientation et de suivi, afin d'assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes (services spécialisés et surspécialisés). Ainsi, les différents intervenants offrant des services de santé et des services sociaux à cette population sont en mesure de répondre à l'éventail complet de ses besoins et de faciliter son cheminement dans le système, plus particulièrement celui des personnes vulnérables.

Actuellement (2008), parmi les 95 CSSS, 68 assument les trois missions mentionnées plus haut, soit CLSC, CHSLD et CH. Outre ce groupe, 14 CSSS assument seulement les deux missions CLSC et CHSLD, alors que 10 autres assument les quatre missions CLSC, CHSLD, CH et CR. Enfin, un CSSS assume les deux missions CLSC et CH, un autre assume les trois missions CLSC, CHSLD et CR, tandis qu'un dernier assume uniquement la mission CLSC.

Les établissements peuvent donc assumer plusieurs missions. En fait, en 2008, près de la moitié (47 %) de l'ensemble des établissements publics et privés constituant le réseau poursuivent des missions multiples. Si l'on se limite aux établissements publics et privés conventionnés, la proportion de ceux qui assument plus d'une mission atteint plus de 56 %.

D'autres organismes

Les établissements chapeautent également quelque 1 930 ressources intermédiaires (RI) s'adressant à des clientèles en perte d'autonomie, ainsi que près de 3 500 ressources de type familial (RTF), soit des familles d'accueil pour jeunes et des résidences d'accueil pour adultes et personnes âgées. Il faut également ajouter environ 5 650 ressources de type familial pour enfants liées directement aux centres jeunesse.

De plus, en marge du réseau d'établissements détenant un permis émis par le Ministère, il existe un réseau d'environ 2 300 résidences privées pour personnes âgées ayant obtenu (ou qui devront obtenir) une accréditation du Ministère pour offrir de l'hébergement privé.

À ceci s'ajoute un réseau de quelque 3 400 organismes communautaires, dont près de 3 300 subventionnés à l'échelle régionale et environ 120, au palier national. Ce réseau compte maintenant une quarantaine de catégories d'organismes s'adressant à des problématiques ou à des clientèles particulières.

À toutes ces ressources, il faut encore ajouter quelque 2 000 cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, dont 160 groupes de médecine familiale (GMF) accrédités (en avril 2008) et 23 cliniques-réseau, ainsi qu'environ 1 630 pharmacies communautaires et une centaine d'entreprises d'économie sociale fournissant de l'aide domestique.

Enfin, quatorze organismes spécifiques relèvent du ministre de la Santé et des Services sociaux. La plupart d'entre eux exercent un rôle consultatif au regard d'un mandat précis. D'autres, comme la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), disposent d'un mandat plus large et de ressources plus étendues. (L'annexe 6 présente une liste des organismes relevant de l'autorité du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec.)

La RAMQ 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. Elle 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 différents régimes. En termes concrets, elle rémunère les médecins, tant en établissement qu'en cabinet, ainsi que les autres professionnels - dentistes, optométristes, pharmaciens - qui dispensent des services assurés aux clientèles spécifiques désignées par la loi. 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.

Figure
20

Le système de
santé et de services sociaux
du Québec,
en 2008

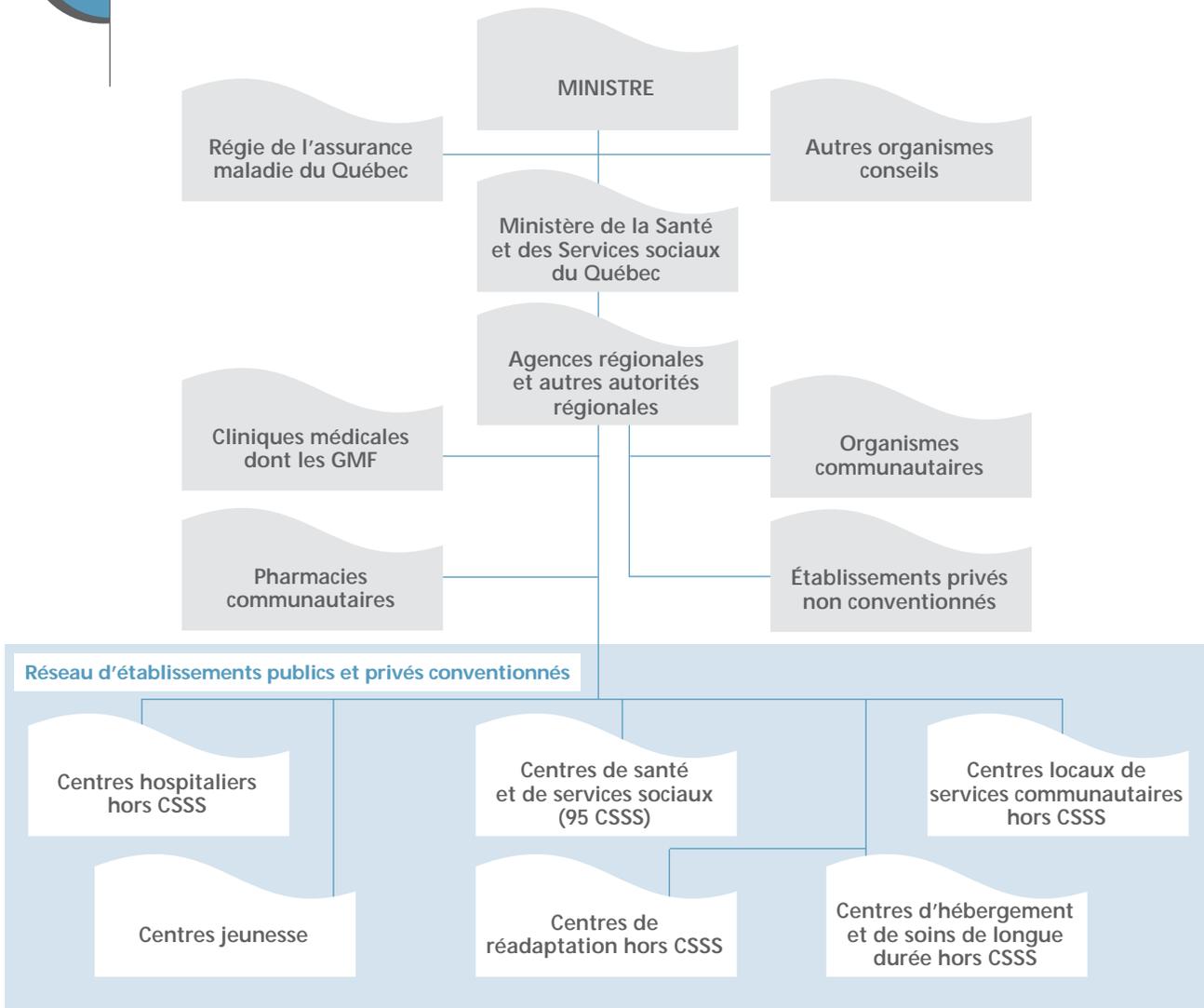
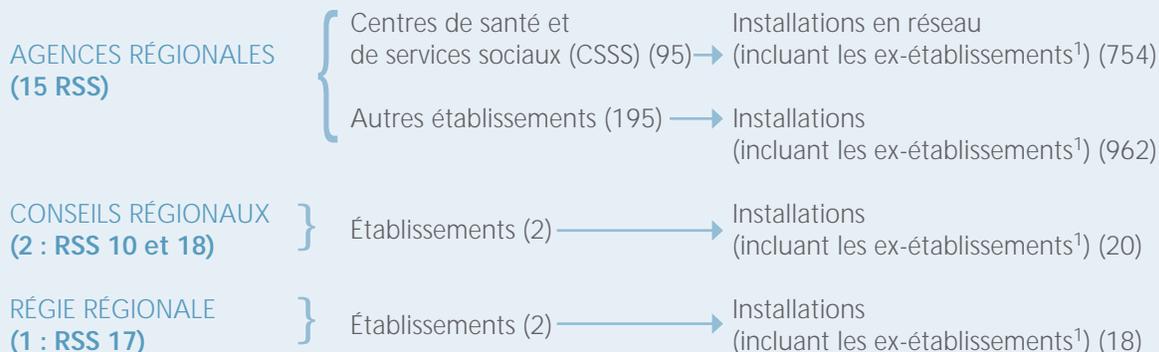


Figure
21

La structure du
réseau socio-sanitaire du Québec,
sur les plans institutionnel et territorial,
situation observée au 31 mars 2008

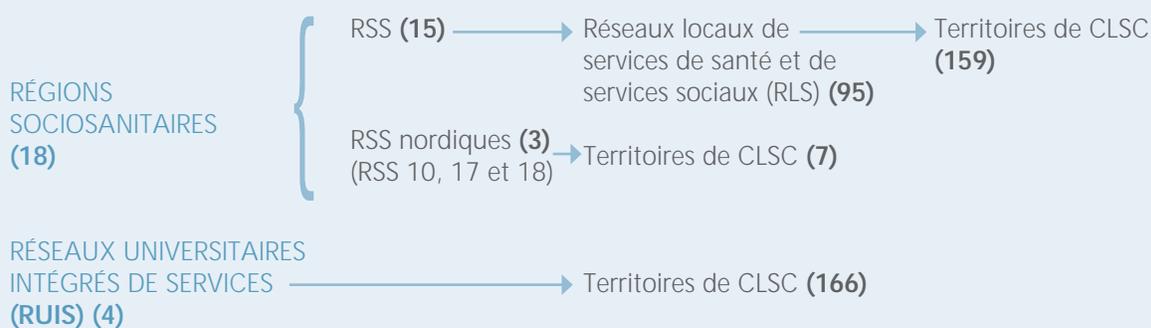
RESSOURCES INSTITUTIONNELLES



DÉSIGNATIONS MINISTÉRIELLES

CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES (CHU)	}	Établissements affiliés : 5
INSTITUTS UNIVERSITAIRES (IU) : SANTÉ	}	Établissements affiliés : 6
INSTITUTS UNIVERSITAIRES (IU) : SOCIAL	}	Établissements affiliés : 4
CENTRES AFFILIÉS UNIVERSITAIRES (CAU)	}	Établissements affiliés : 12
CENTRES À VOCATION SUPRARÉGIONALE	}	Établissements affiliés : 6

TERRITOIRES SOCIO-SANITAIRES



1. Ces installations étaient des établissements avant les regroupements de missions (ex. : CSSS).

Source : Système de gestion territoriale M34, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mai 2008.

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.

En 2007, le système sociosanitaire public québécois employait quelque 280 000 personnes, soit un peu moins de 7 % de l'ensemble de la population active du Québec. De ce nombre, on compte environ 22 630 professionnels qui reçoivent des honoraires remboursés par la RAMQ, dont près de 16 100 médecins, quelque 255 000 employés cadres et syndiqués au sein du réseau d'établissements, incluant près de 107 400 infirmières, infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires, et plus de 1 800 employés cadres et syndiqués, au Ministère et à la RAMQ.

Les médecins et autres professionnels rémunérés par la RAMQ

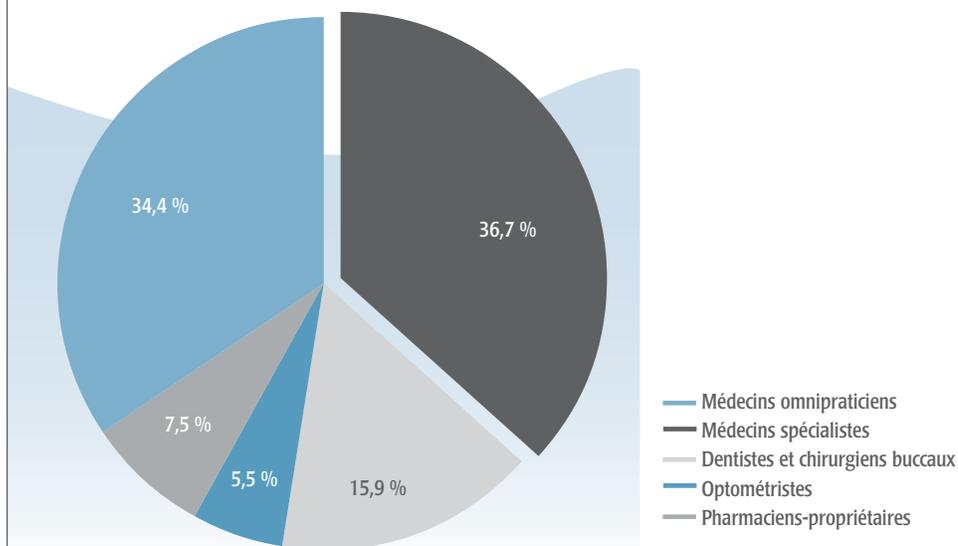
Deux sources de données font état du nombre de médecins au Québec. Quand on veut établir des comparaisons, tant sur le plan interprovincial qu'à l'échelle internationale, quant au nombre de médecins pour une population donnée, il faut utiliser les données fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

afin d'obtenir une base de comparaison commune. Ces informations sont puisées à même la base de données médicales Scott's. 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 de médecins québécois qui y sont répertoriés correspond à peu près à l'ensemble des médecins inscrits à la RAMQ 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 annuellement par la RAMQ car, dans la base de données médicales Scott's, le terme « spécialiste » ne correspond pas toujours à la définition utilisée dans les régimes provinciaux d'assurance maladie.

Dans ce document, la définition qui apparaît dans les Statistiques annuelles de la RAMQ, c'est-à-dire celle des médecins « actifs », a été retenue. Ce sont les médecins inscrits à la Régie et soumis à une entente, qui exercent au Québec et qui ont présenté au moins une demande de paiement à la Régie durant l'année. Il en est de même pour les autres professionnels rémunérés par la RAMQ.

Figure 22

Répartition en pourcentage des professionnels rémunérés par la Régie de l'assurance maladie, selon la catégorie de professionnels, au Québec, en 2007



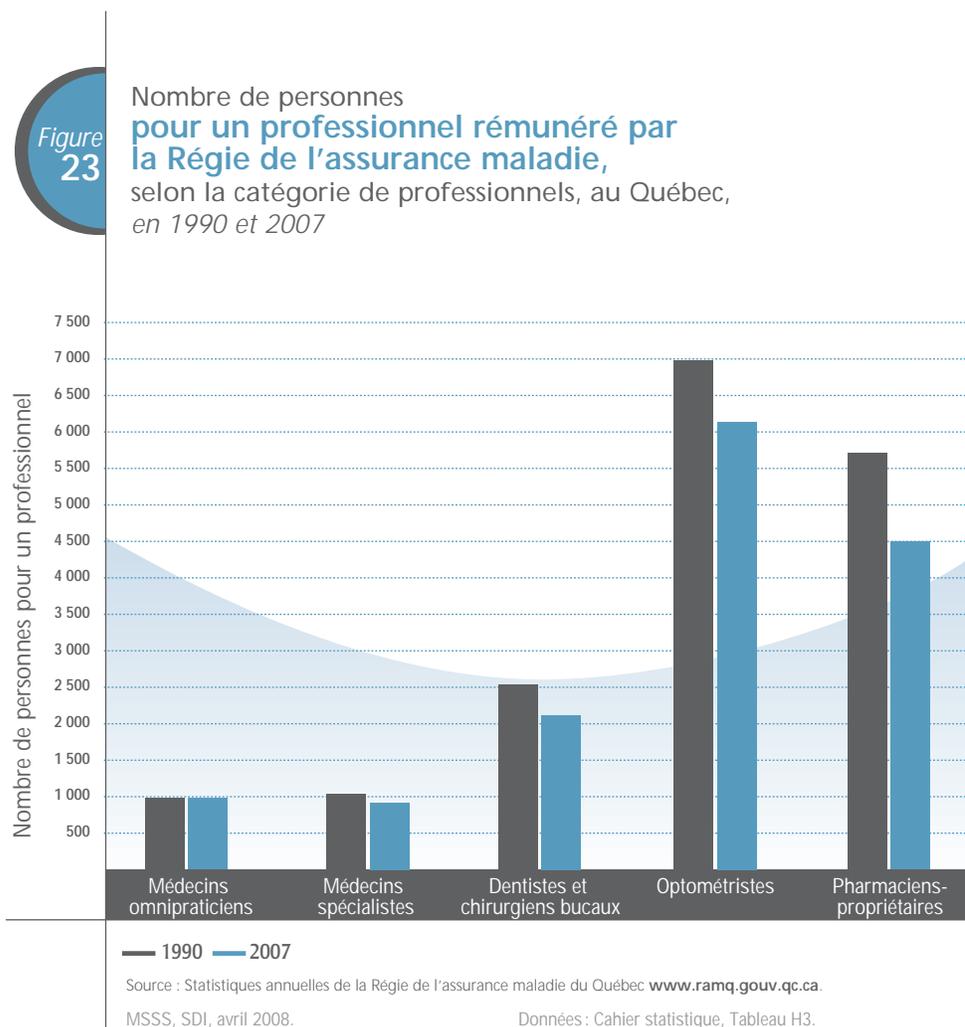
Source : Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau H3.

En 2007, le Québec compte un peu moins de 22 630 professionnels rémunérés par la RAMQ. Plus de 71 % d'entre eux sont médecins, alors qu'un peu moins de 16 % sont dentistes. Ces proportions ont peu changé depuis 1990.

Pour trois de ces catégories de professionnels, soit les médecins, les dentistes et les optométristes, on observe une amélioration du rapport « nombre de personnes pour un professionnel », entre 1990 et 2007, leur nombre respectif augmentant à un rythme plus rapide que celui de la population en général. Quant aux pharmaciens-proprétaires, la tendance est similaire aux autres catégories, entre 1990 et 2005, mais on note un recul en 2006 et 2007.

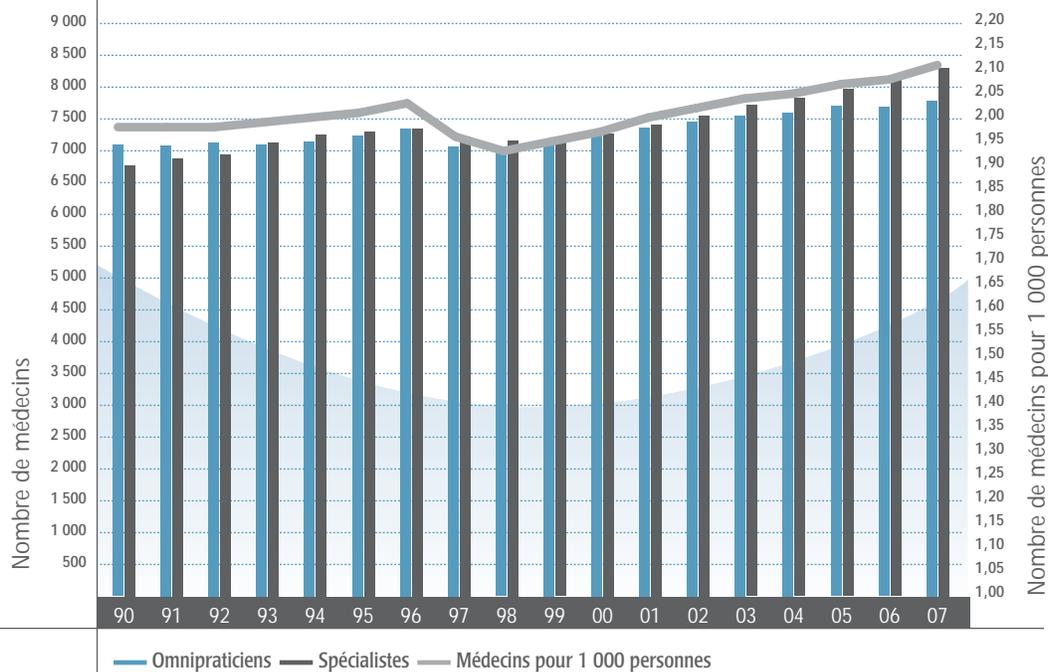


En 1990, le Québec comptait un peu moins de 14 000 médecins, soit 1,98 médecin pour 1 000 personnes, dont quelque 6 800 spécialistes; dix-sept ans plus tard, en 2007, la population québécoise peut compter sur près de 16 100 médecins, dont près de 8 300 spécialistes, soit un ratio de 2,11 médecins pour 1 000 personnes. Après le recul dû aux mises à la retraite anticipée, à la fin des années 1990, le nombre de médecins a repris un rythme de croissance d'environ 1,5 % par an.

L'un des phénomènes les plus importants à survenir au sein de la profession médicale est sans aucun doute l'évolution de la proportion de femmes médecins. En 1976, à peine 8 % des médecins étaient de sexe féminin, soit un médecin sur dix chez les omnipraticiens et à peine 6 % chez les spécialistes. Aujourd'hui (2007), le Québec compte près de quatre femmes sur dix parmi les médecins, soit près de 47 % chez les omnipraticiens et près de 33 % chez les spécialistes; et cette croissance, constante depuis 30 ans, ne semble pas devoir s'arrêter.

Figure 24

Nombre de **médecins « actifs »** selon la catégorie de médecins et nombre de médecins « actifs » pour 1 000 personnes, au Québec de 1990 à 2007



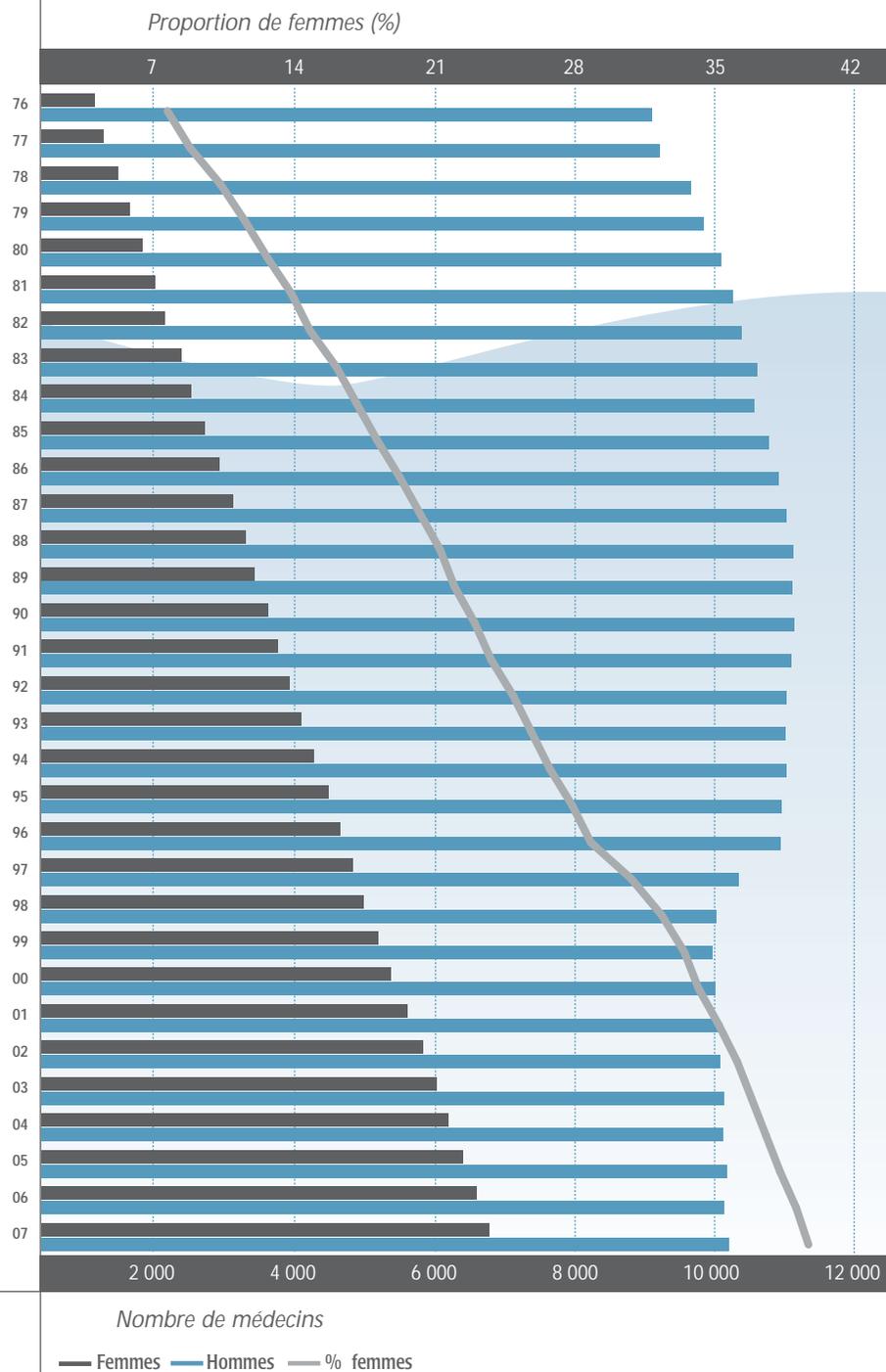
Source : Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau H1.

Figure
25

Nombre de
médecins « actifs »
selon le sexe et proportion de femmes parmi ces médecins,
au Québec,
de 1976 à 2007



Source : Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau H2.

L'effectif cadre et syndiqué du réseau

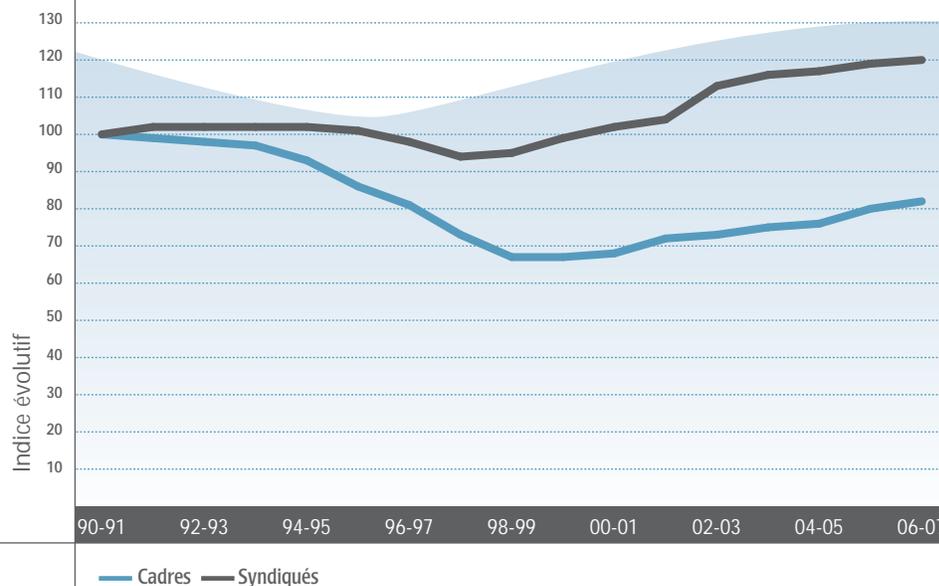
L'effectif du réseau peut être exprimé en « nombre de personnes en poste », quel que soit le statut occupationnel de ces personnes, ou en « équivalent temps complet » (ETC), où un ETC correspond en général à 1 826,3 heures rémunérées sur une base annuelle.

De 1990-1991 à 2006-2007, l'effectif du réseau est passé de quelque 240 500 à plus de 255 000 personnes en poste, soit une augmentation d'un peu plus de 6 %. Alors que le nombre d'employés syndiqués augmentait de 7,9 %, celui des cadres diminuait de 21 %. En termes d'ETC, en 2006-2007, on compte quelque 10 650 cadres et près de 188 900 employés syndiqués.

Au 31 mars 1991, 62,3 % de l'effectif du réseau, exprimé en ETC, avait un statut occupationnel de temps complet régulier (TCR); au 31 mars 2007, la proportion n'est plus que de 55,3 %. Chez les cadres, la proportion de TCR est passée de 89,8 % à 90,5 % tandis que, pour les syndiqués, la tendance est inversée et la proportion passe de 60,1 % à 53,3 %. En 1990-1991, on avait un rapport de 12,3 employés syndiqués par cadre dans le réseau; après avoir atteint un sommet à 19,1 en 2003-2004, ce rapport atteint 17,7 en 2006-2007.

Figure 26

Évolution de l'effectif, cadres et employés syndiqués, au sein des établissements publics et privés conventionnés du réseau socio-sanitaire du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007



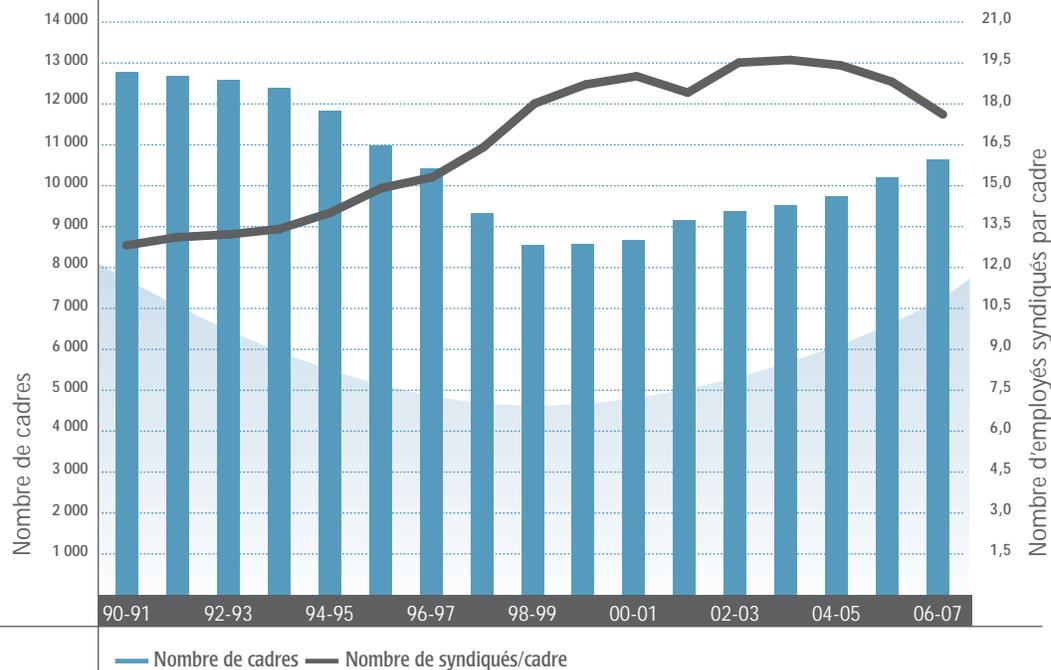
Source : Personnel du réseau : salariés et cadres, Système R22, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
www.msss.gouv.qc.ca

MSSS, SDI, avril 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau H4.

Figure 27

Nombre de cadres et nombre d'employés syndiqués par cadre, au sein des établissements publics et privés conventionnés du réseau socio-santairé du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007



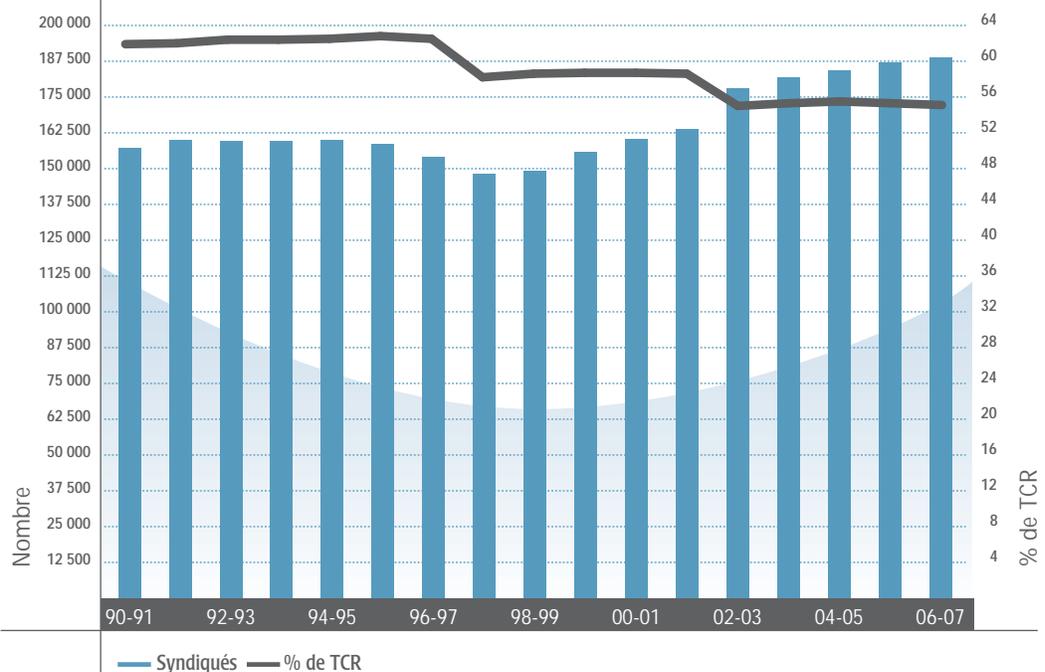
Source : Personnel du réseau : salariés et cadres, Système R22, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
www.msss.gouv.qc.ca

MSSS, SDI, avril 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau H4.

Figure 28

Nombre d'employés syndiqués et proportion de ces employés occupant un emploi à temps complet régulier (TCR), au sein des établissements publics et privés conventionnés du réseau socio-santairé du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007



Source : Personnel du réseau : salariés et cadres, Système R22, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
www.msss.gouv.qc.ca

MSSS, SDI, avril 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau H4.

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. En 2006-2007, elle se situe à plus de 8,3 milliards de dollars, soit une hausse de près de 61 %.

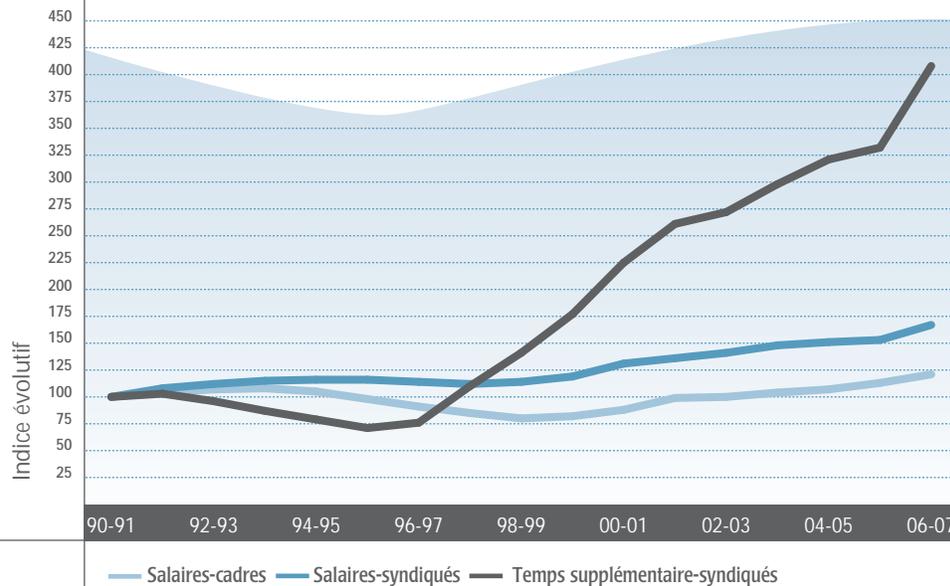
Durant cette période de seize ans, le salaire moyen d'un cadre est passé de 51 400 \$ à 75 900 \$, soit une augmentation de plus de 48 %, ou près de 2,5 %, en moyenne, annuellement. En ce qui regarde les employés syndiqués, le salaire moyen est passé de 30 470 \$ en 1990-1991 à 42 873 \$ en 2006-2007, soit une augmentation de 41 %, ou moins de 2,2 % 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, en 1990-1991, à 48,5 millions de dollars. Mais, depuis ce temps, on assiste à une hausse fulgurante du recours au temps supplémentaire : la rémunération qu'on lui consacre atteint maintenant (2006-2007) près de 278 millions de dollars.

Figure
29

Évolution de la masse salariale des employés cadres et syndiqués

au sein des établissements publics et privés conventionnés du réseau socio-sanitaire du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007



Source : Personnel du réseau : salariés et cadres, Système R22, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
www.msss.gouv.qc.ca

MSSS, SDI, avril 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau H5.

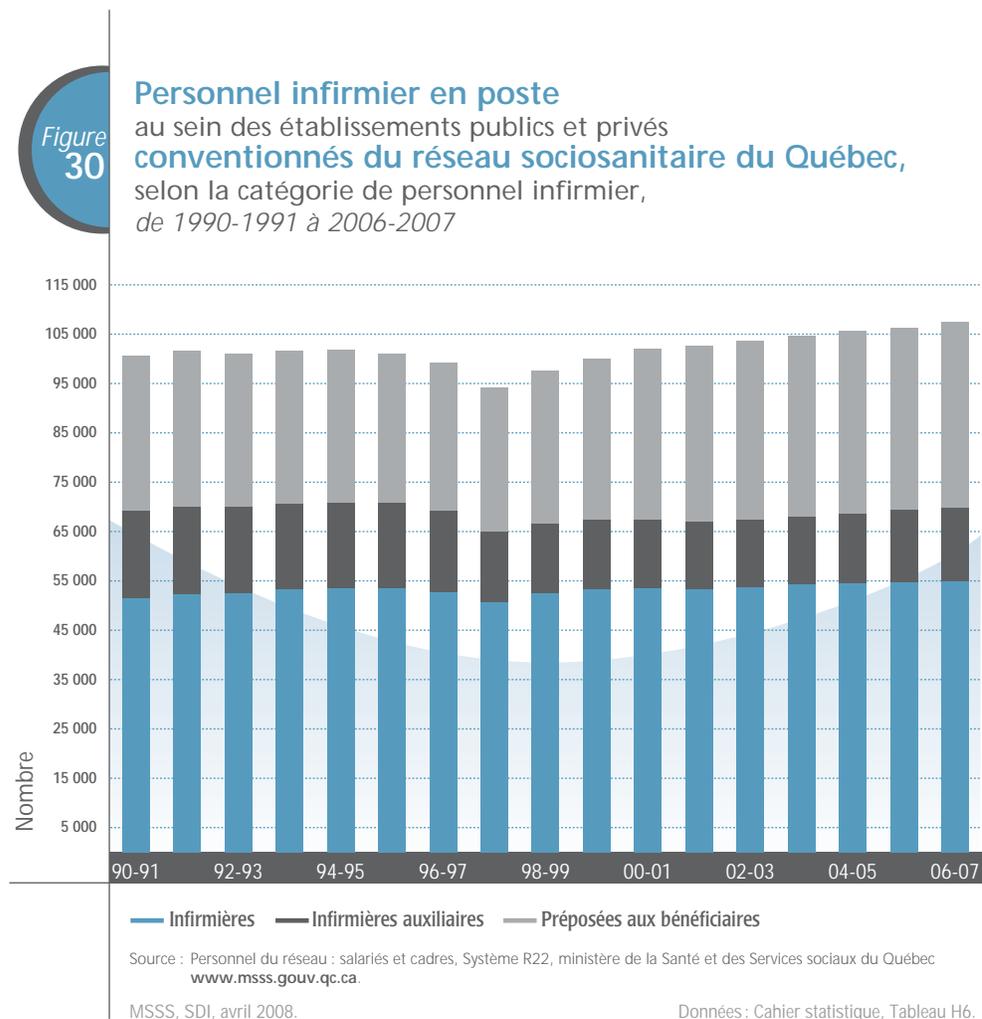
Le personnel infirmier

Selon le degré de scolarité atteint, on peut distinguer trois groupes au sein du personnel infirmier : les infirmières, qui ont terminé 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 2006-2007, près de 107 240 personnes en poste pour près de 82 500 ETC, soit un rapport de 0,77 ETC par employée en poste. En 1990-1991, on avait quelque 100 600 personnes en poste pour environ 66 800 ETC, pour un rapport de 0,66 ETC par employée en poste. Au début de la période, le groupe « infirmières »

constituait près de 51,3 % de l'ensemble de l'effectif du personnel infirmier, tandis que les infirmières auxiliaires et les préposées aux bénéficiaires représentaient respectivement 17,6 % et 31,1 % de l'effectif. En 2006-2007, les proportions sont, respectivement, de 51,2 %, 13,8 % et 35 %. Les infirmières auxiliaires sont le seul groupe où l'on observe une diminution de l'effectif.

C'est en 1997-1998 que l'effectif du personnel infirmier a atteint son plus bas niveau, et ce, en raison des mises à la retraite anticipées. Chez les infirmières autant que chez les préposées aux bénéficiaires, cette année-là fut l'« année plancher » en termes de personnes en poste. Par contre, chez les infirmières auxiliaires, le plancher fut atteint en 2002-2003.



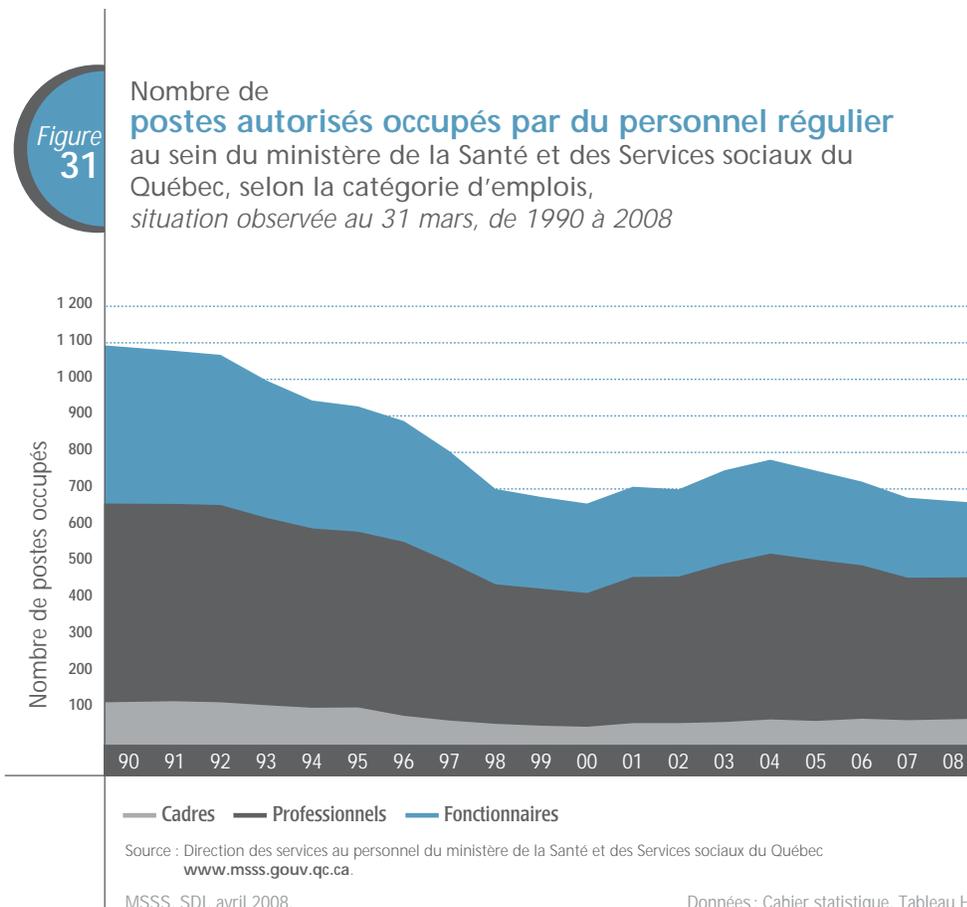
L'effectif administratif du Ministère et de la RAMQ

Au début des années 1990, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec comptait sur un effectif de près de 1 100 postes occupés, excluant les contractuels et les personnes en poste à la suite 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 la suite, on note une hausse jusqu'en 2004, année où l'on dénombre 780 postes occupés au Ministère, soit une augmentation de plus de 18 % par rapport à l'an 2000. Depuis, le nombre de postes occupés régresse; il se situe à 662 en 2008.

Chez les fonctionnaires, la baisse du nombre de postes occupés est pratiquement constante entre 1990 et 2008. En fait, pour l'ensemble de la période, on observe une diminution de près de 53 %. Chez les professionnels, la période de réduction de l'effectif a débuté en 1993 pour se poursuivre jusqu'en 2000. Elle fut suivie d'une hausse entre 2000 et 2004, pour encore régresser par la suite. Actuellement (2008), le Ministère compte 387 postes autorisés occupés par des professionnels.

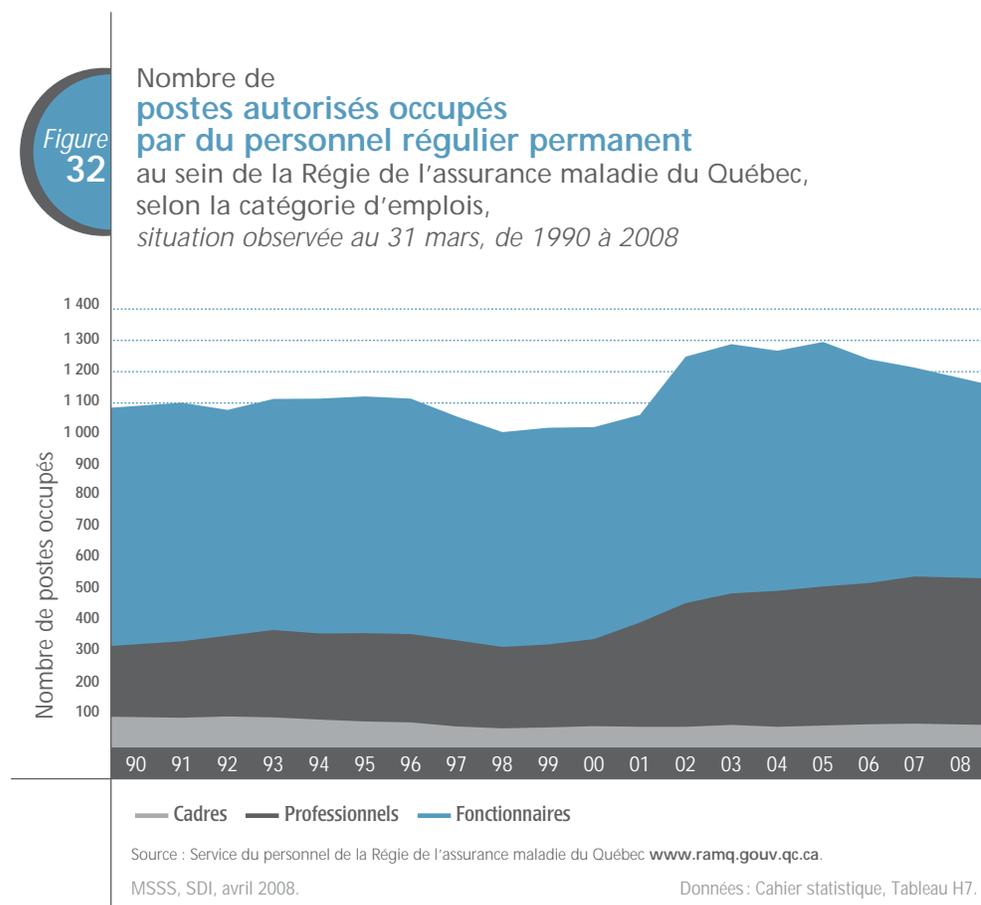
Jusqu'en 1995, l'effectif des cadres a suivi une tendance similaire à celle observée chez les professionnels. Ensuite, de 1995 à 1999, on constate une forte diminution due essentiellement au fait que plusieurs postes de cadres ont été occupés par des contractuels non comptabilisés dans les postes autorisés occupés. Depuis ce temps, le nombre de postes autorisés occupés par des cadres a oscillé entre 65 et 71; en 2008, on en compte 71.

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 39 % pour les fonctionnaires. En 2008, les proportions sont, respectivement, de 11 %, 58 % et 31 %. Les postes occupés par des professionnels sont donc encore non seulement les plus nombreux, mais leur poids relatif dans l'ensemble de l'effectif du Ministère continue de s'accroître.



À la Régie de l'assurance maladie du Québec, les tendances diffèrent. En effet, le nombre de postes occupés est passé de 1 085, en 1990, à 1 295, en 2005, soit une hausse d'environ 19 %. Cependant, depuis cette date, ce nombre régresse; il se situe à 1 161 en 2008. Le nombre des postes occupés par des professionnels s'est accru de 23 % de 1990 à 1993, puis est demeuré à peu près constant par la suite jusqu'en 2000. À partir de 2001, il a connu une hausse constante pour atteindre 468 en 2008; cette augmentation est 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 a subi plusieurs fluctuations, pour finalement se situer à moins de 621 en 2008. 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, et ce, jusqu'en 2002. Depuis, on assiste à une légère remontée; on compte 72 postes occupés par des cadres en 2008.

En 1990, les cadres occupaient 9 % des postes, les professionnels, 21 %, et les fonctionnaires, 70 %. En 2008, les proportions sont respectivement de 6 %, 40 % et 54 %. Par conséquent, même si le nombre de postes occupés par des professionnels prend de plus en plus d'ampleur, ceux occupés par des fonctionnaires demeurent quand même encore les plus nombreux.



LES RESSOURCES INSTITUTIONNELLES

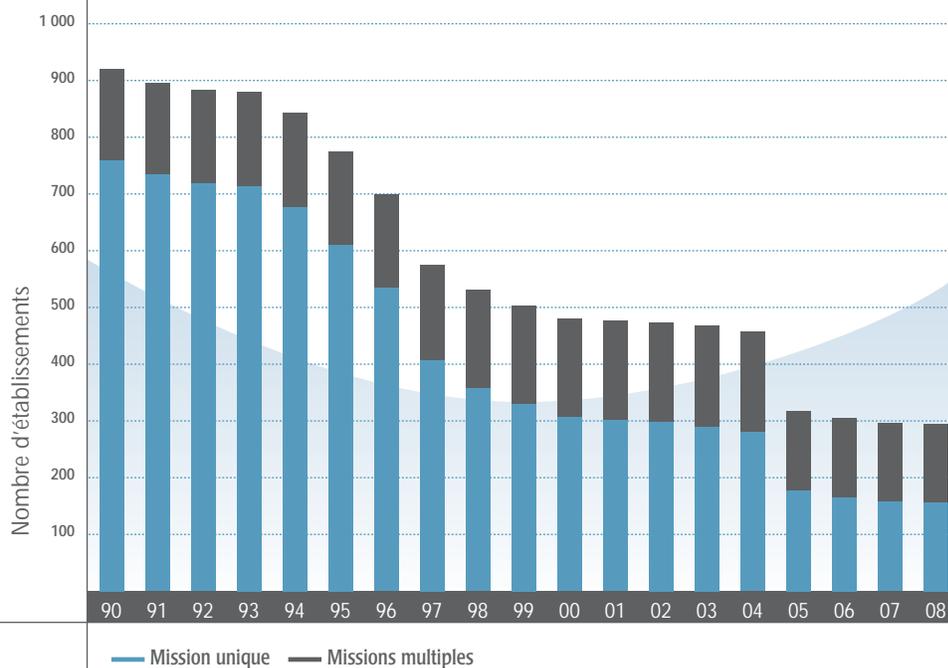
Dans ce document, par ressources institutionnelles on entend les établissements, les installations, les lits autorisés au permis d'exploitation et les lits dressés, c'est-à-dire dotés en personnel et prêts à recevoir un usager, ainsi que certaines ressources complémentaires, soit les ressources intermédiaires, les ressources de type familial, les résidences privées pour personnes âgées et les organismes communautaires.

Les établissements sociosanitaires

En mars 2008, le réseau sociosanitaire du Québec compte 294 établissements offrant des services de santé et des services sociaux à la population; en 1990, on en comptait trois fois plus. Au début des années 1990, moins de 18 % des établissements assumaient plus d'une mission; aujourd'hui (2008), à la suite des nombreux regroupements d'établissements, près de 47 % d'entre eux sont à missions multiples (ex. : les centres de santé et de services sociaux). Ces regroupements de missions ont davantage été effectués dans les établissements à caractère public. En effet, en 1990, parmi les 920 établissements détenant un permis du Ministère, 684 avaient un statut public, soit un peu plus de 74 % du total. En 2008, 191 des 294 établissements répertoriés possèdent un statut public, soit un peu moins de 65 % de l'ensemble. Entre 1990 et 2008, le nombre d'établissements à caractère privé a diminué de 56 %, comparativement à une baisse de 72 % pour ceux de statut public.

Figure
33

Nombre d'établissements
dans le réseau sociosanitaire québécois,
selon qu'ils assument une mission unique ou une mission multiple,
situation observée au 31 mars, de 1990 à 2008



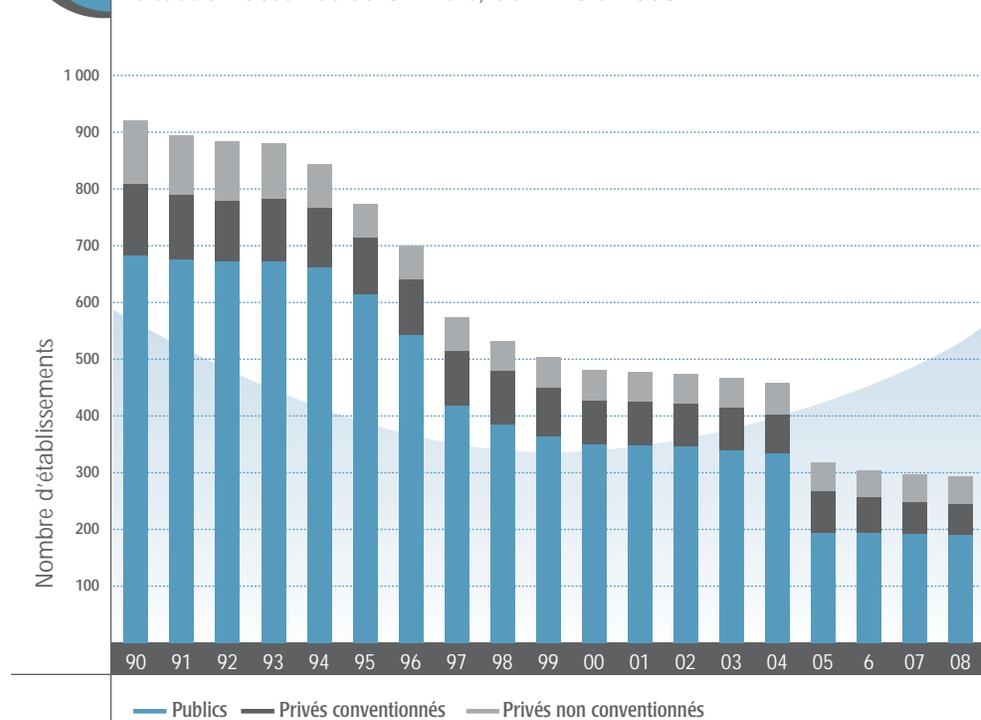
Source : Fichier des établissements de santé et de services sociaux, système M02, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mai 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau I1.

Figure 34

Nombre d'établissements dans le réseau socio-sanitaire québécois, selon le statut et le mode de financement de l'établissement, situation observée au 31 mars, de 1990 à 2008



Source : Fichier des établissements de santé et de services sociaux, Système MO2, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca

MSSS, SDI, mai 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau I2.

Les installations socio-sanitaires

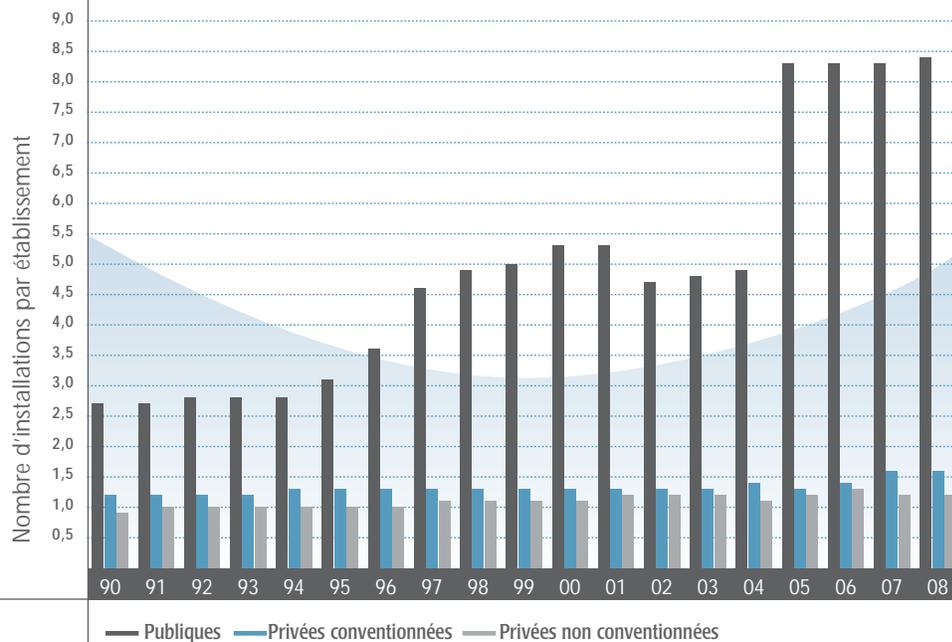
Actuellement (2008), les 294 établissements du réseau chapeautent quelque 1 750 installations, dont un peu plus de 1 600 à caractère public. Alors que les établissements sont des entreprises qui gèrent des installations, celles-ci sont des lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services 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 situées à l'extérieur de la région socio-sanitaire où est localisé l'établissement dont elles dépendent. Si les établissements de statut privé n'ont en général qu'une seule installation, il en est tout autrement pour ceux de statut public. En effet, en raison des nombreux regroupements d'établissements, le nombre moyen d'installations par établissement est passé de 2,3 à près de 6 entre 1990 et 2008, quand on considère l'ensemble du réseau; si on se limite aux établissements publics, le ratio est passé de moins de 2,7 à plus de 8,4.

Si le nombre d'établissements a chuté au cours des deux dernières décennies, le nombre d'installations, quant à lui, est demeuré relativement stable, si ce n'est la « disparition » des pavillons d'hébergement en avril 2001. En effet, à cette date, les 194 pavillons répertoriés sont devenus des ressources intermédiaires et ont donc perdu leur statut d'installation.

Figure
35

Nombre moyen
d'installations par établissement dans
le réseau socio-sanitaire québécois,
selon le statut et le mode de financement de l'établissement,
situation observée au 31 mars, de 1990 à 2008



Source : Fichier des établissements de santé et de services sociaux, Système M02, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

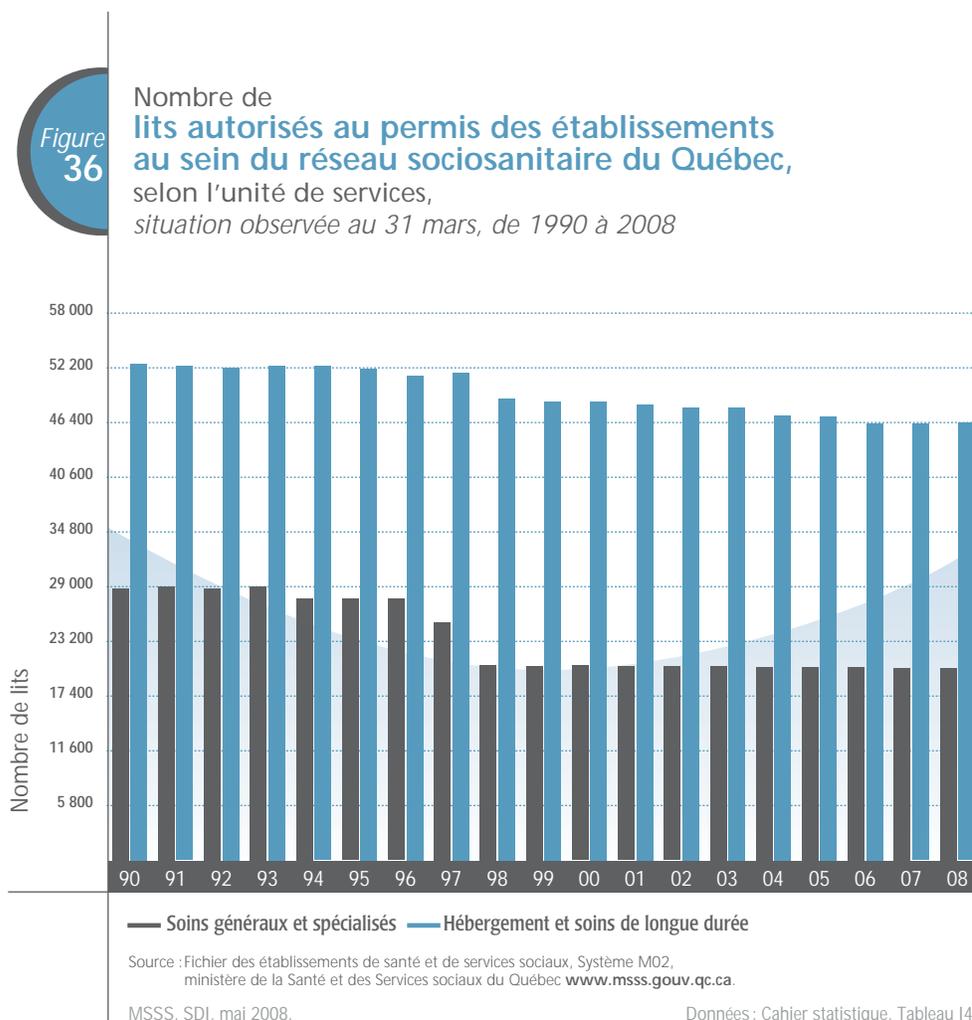
MSSS, SDI, mai 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau I2.

Les lits autorisés au permis

Les lits autorisés au permis sont ceux dont le nombre apparaît sur le permis d'exploitation délivré par le Ministère à chaque établissement du réseau. Entre 1990 et 2008, le nombre de lits autorisés au permis pour des soins généraux et spécialisés a été réduit de 29 %. Quant aux lits autorisés au permis pour de l'hébergement et des soins de longue durée, la diminution a été de moins de 12 % durant la même période. De plus, pour les mêmes années, dans le contexte de la désinstitutionnalisation, le nombre de lits autorisés au permis pour des soins psychiatriques de courte durée, dans les centres hospitaliers de soins psychiatriques, a été pratiquement divisé par trois, passant de près de 2 740 à 975.

Actuellement (2008), on compte quelque 20 400 lits autorisés au permis pour des soins généraux et spécialisés; pour l'hébergement et les soins de longue durée, ce nombre atteint plus de 46 350. Il est à noter que plus de 23 % 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 (plus de 90 %) de l'ensemble des lits autorisés au permis des établissements de statut privé.



Les lits dressés

Les lits dressés sont ceux, parmi les lits autorisés au permis, qui sont dotés en personnel et prêts à recevoir un usager. Le nombre de lits dressés est relevé au 31 mars de chaque année. Entre le 31 mars 1991 et le 31 mars 2007, le nombre de lits dressés pour des soins de santé physique et de gériatrie, dans les établissements de statuts public et privé conventionné, a été réduit du tiers, passant de plus de 23 600 à moins de 15 700. En mars 2007, un peu moins de 94 % de ceux qui restent sont consacrés aux soins physiques de courte durée, soit environ 14 750 lits dressés; ceux-ci correspondent à un rapport d'environ 2 lits dressés pour 1 000 personnes.

Durant la même période, le nombre de lits dressés pour des soins psychiatriques, quant à lui, a diminué de plus de 59 %, en raison de la désinstitutionnalisation des clientèles ayant des degrés d'autonomie appropriés. Actuellement (2007), un peu moins de 3 200 lits dressés sont disponibles pour des soins psychiatriques.

La diminution du nombre de lits dressés pour de l'hébergement et des soins de longue durée a été limitée à un peu moins de 11 %, entre 1991 et 2007, soit une baisse annuelle moyenne de moins de 1 % (0,7 %). Au 31 mars 2007, quelque 41 200 lits dressés étaient disponibles pour de l'hébergement et des soins de longue durée dans le réseau d'établissements publics et privés conventionnés du Québec.



Les ressources complémentaires

Il existe un certain nombre de ressources qui offrent des services de santé et des services sociaux à la population, en complément aux établissements sociosanitaires. Certaines sont partie intégrante du réseau en étant gérées par les établissements, telles les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF). D'autres agissent en marge du réseau d'établissements, tels les résidences privées pour personnes âgées et les organismes communautaires.

Dans le cadre de ce document, les quatre catégories de ressources complémentaires mentionnées précédemment ont été retenues. Évidemment, un portrait complet devrait inclure les quelque 2 000 cliniques médicales de médecins - incluant 160 GMF et 23 cliniques-réseau -, les cabinets de dentistes, les pharmacies communautaires, ainsi que plusieurs autres ressources de différents types offertes dans le secteur privé.

La ressource intermédiaire (RI) est définie comme suit à l'article 302 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux :

« Est une ressource intermédiaire, toute ressource rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer à la communauté un usager inscrit à ses services, lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition.

L'immeuble ou le local d'habitation, où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire, n'est pas réputé être une installation maintenue par l'établissement public auquel la ressource est rattachée, sauf pour l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) où il est alors considéré comme lieu d'hébergement d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation. »

Les RI se divisent en quatre types : les appartements supervisés, les maisons de chambres, les maisons d'accueil et les résidences de groupe. Tel qu'on l'a indiqué précédemment, il est à noter que les anciens pavillons d'hébergement sont devenus des RI, le 1^{er} avril 2001; ils sont répartis dans les quatre types de RI. Au 31 mars 2008, on dénombrait environ 1 930 ressources intermédiaires; celles-ci regroupaient plus de 12 200 places pour des clientèles variées.

Quant aux ressources de type familial (RTF), elles regroupent les familles d'accueil, pour les enfants, et les résidences d'accueil, pour les adultes et les personnes âgées. Dans la loi, on les définit ainsi :

« Peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial.

Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel. »

Au 31 mars 2008, environ 3 500 ressources de type familial - excluant les quelque 5 650 RTF liées aux centres jeunesse - offraient plus de 11 300 places en famille d'accueil pour enfant et en résidence d'accueil pour adulte et personne âgée.

On définit la résidence privée pour personnes âgées de la façon suivante :

« Une résidence privée pour personnes âgées est un immeuble d'habitation collective où sont offerts, contre le paiement d'un loyer, des chambres ou des logements destinés à des personnes âgées et une gamme plus ou moins étendue de services, principalement reliés à la sécurité et à l'aide à la vie domestique ou à la vie sociale, à l'exception d'une installation maintenue par un établissement et d'un immeuble ou d'un local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial. »

On peut distinguer cinq types de résidences privées pour personnes âgées selon leur mode de gestion. Il y a les résidences privées à but lucratif, de loin les plus nombreuses, les habitations à loyer modique, les organismes à but non lucratif, les coopératives pour personnes âgées et les communautés religieuses. Ces ressources d'hébergement hors réseau n'ont pas à obtenir un permis d'exploitation émis par le Ministère.

Au 31 mars 2008, comme complément au réseau des centres d'hébergement et de soins de longue durée publics et privées (CHSLD), la population pouvait compter sur près de 2 300 résidences privées pour personnes âgées regroupant plus de 95 700 places d'hébergement pour résidents autonomes ou semi-autonomes; selon un règlement adopté en février 2007, ces résidences devront obligatoirement détenir, à partir de février 2009, une certification signée par l'agence régionale responsable, à défaut de quoi la loi prévoit certaines amendes pour leurs propriétaires.

Enfin, les organismes communautaires sont regroupés en une quarantaine de catégories s'adressant à une clientèle (ex. : femmes victimes d'abus sexuels, jeunes en difficulté) ou à une problématique sociosanitaire (ex. : sida, cancer) spécifiques. Ces organismes sont subventionnés, soit au niveau régional, soit à l'échelle nationale.

Au 31 mars 2008, on pouvait recenser quelque 3 400 organismes communautaires, dont 122 subventionnés à l'échelle nationale.

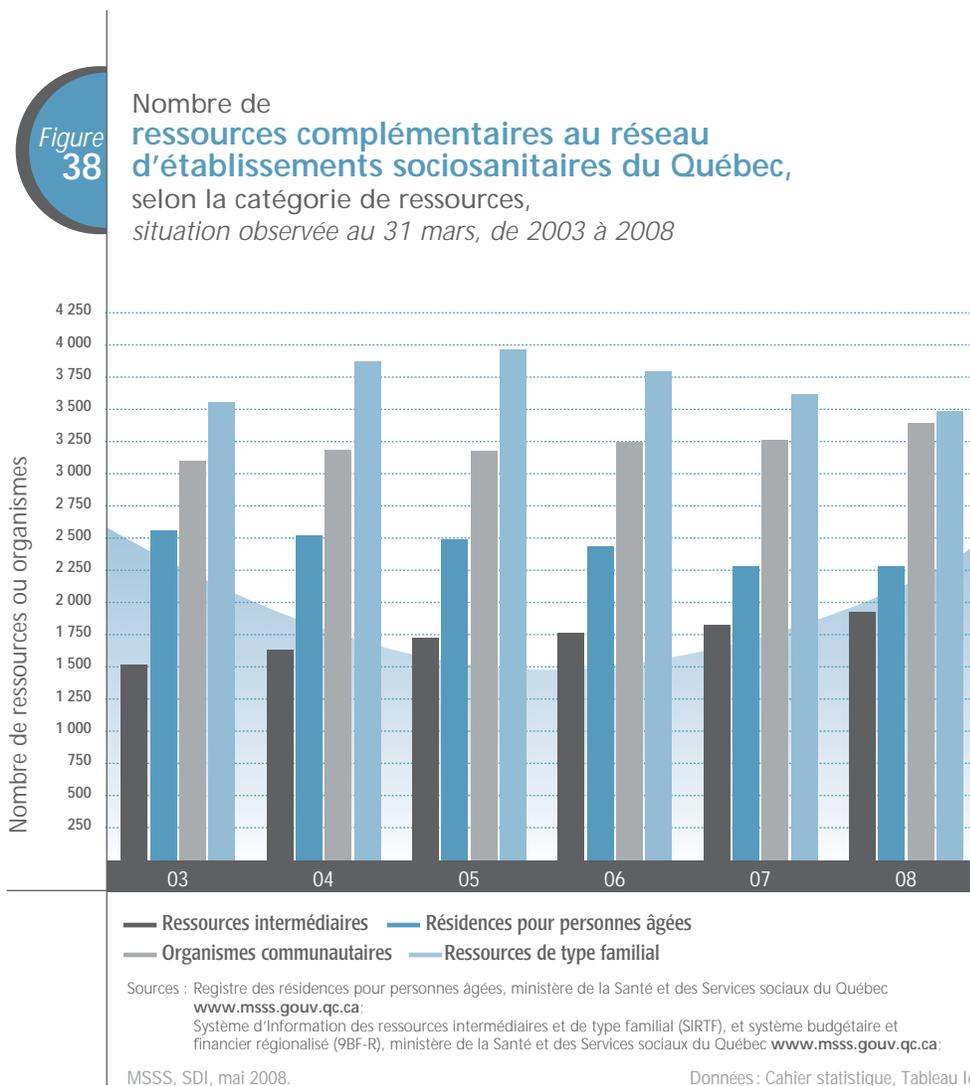
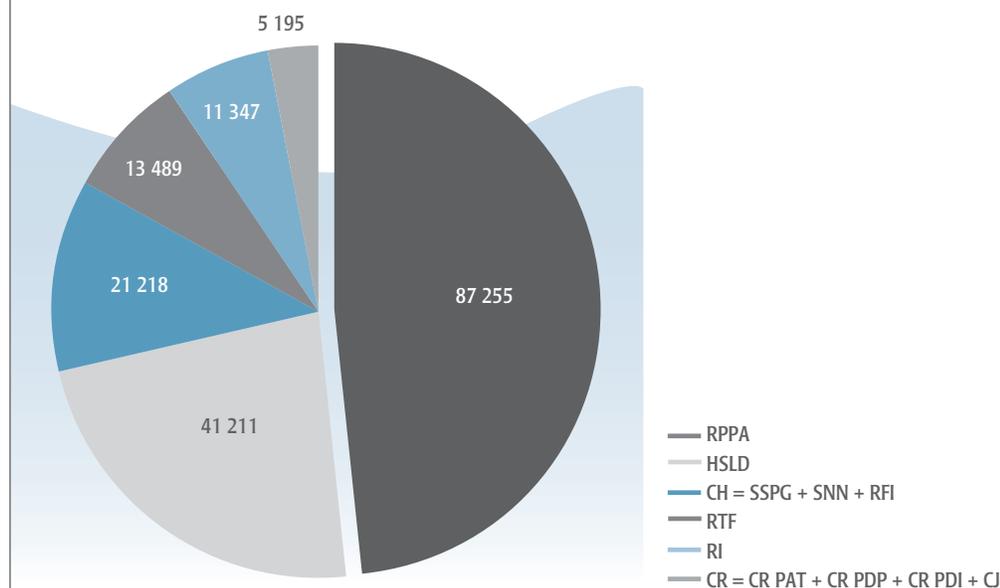


Figure
39

Répartition des
lits dressés et places internes disponibles
en santé et services sociaux,
selon la catégorie de ressources, au Québec,
en 2006-2007



Sources : Registre des résidences pour personnes âgées, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca;
Système d'information des ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca;
Base de données STATEVO, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Données : Cahier statistique, Tableaux I5 et I6.

L'UTILISATION DES SERVICES

Dans cette section du document, on trace un portrait global de l'utilisation des services socio-sanitaires offerts à la population québécoise. L'objectif n'est pas de traiter de façon exhaustive de tous les services disponibles, mais plutôt de se limiter à ceux qui semblent les plus importants quant à leur fréquence d'utilisation, à leur coût, ou même à leur nature, par exemple ceux qui constituent des « portes d'entrée » dans le système de soins de santé et de services sociaux.

En général, on reconnaît trois grandes catégories de services socio-sanitaires, 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, d'une part, doivent se déplacer pour les obtenir et, d'autre part, ne nécessitent pas une admission. On parle ici des usagers inscrits à des services dits « ambulatoires ». 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.

On peut également classer les services selon une structure à trois paliers définis comme des niveaux d'accès aux services; on parle ici de première, de deuxième et de troisième lignes de services.

Les services de première ligne répondent à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux usuels et variés. Ils correspondent, d'une part, aux services généraux qui

s'adressent à l'ensemble de la population (ex. : Info-Santé, services médicaux, etc.) et, d'autre part, aux services spécifiques destinés à des clientèles ayant des besoins particuliers (ex. : soutien à domicile, etc.). Ces services sont offerts près du milieu de vie des usagers et ils s'appuient sur des infrastructures et des technologies légères.

La deuxième ligne de services vise des problèmes de santé ou des problèmes sociaux complexes mais répandus. Dans la grande majorité des cas, l'accès à ces services est conditionnelle à la référence par un professionnel. La dispensation de ces services exige le regroupement d'expertises spécialisées, afin de constituer des masses critiques de ressources capables à la fois de répondre aux standards de qualité et de respecter les limites financières établies. Les services de deuxième ligne s'appuient sur une infrastructure particulière et une technologie avancée mais courante.

La dernière ligne de services vise les personnes aux prises avec des problèmes de santé ou des problèmes sociaux très complexes à faible prévalence. Ces services sont offerts au niveau national, concentrés dans un nombre limité d'endroits et, dans presque tous les cas, accessibles seulement sur référence d'un professionnel. Ils requièrent l'expertise d'intervenants très spécialisés possédant des compétences rares dans des champs d'intervention de pointe. Les services de troisième ligne s'appuient sur des équipements, des technologies et des expertises sophistiquées et rares, dont la disponibilité est très limitée.

Dans le cadre de ce document, la catégorisation des services selon le lieu de dispensation telle que définie plus haut sera retenue. Il faut noter que les univers de services retenus ici, et parfois même les blocs de services à l'intérieur de ces univers, ne sont pas toujours mutuellement exclusifs. Chacun doit être considéré séparément, car en faire la somme pourrait facilement générer des biais de type « double comptage » et n'aurait ainsi aucune réelle pertinence.

Le soutien 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 de soutien à domicile à ceux qui étaient déjà en place et l'injection de fonds publics supplémentaires concrétisaient cette volonté.

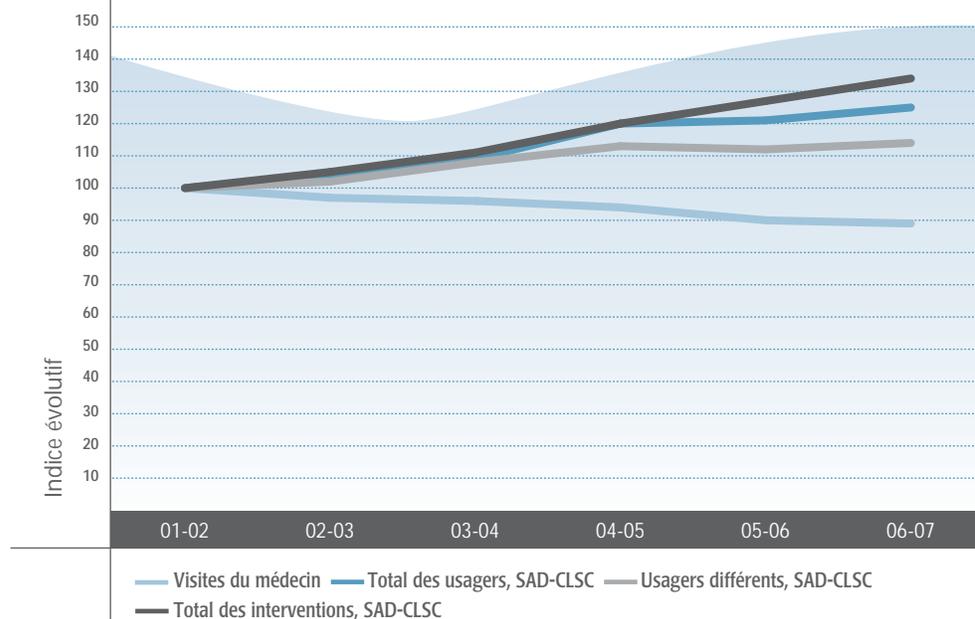
Aujourd'hui, l'expression « soutien à domicile » a une portée très générale, en ce sens qu'elle désigne l'ensemble des services de base et spécialisés offerts au domicile des usagers par le réseau public de la santé et des services sociaux.

En 2006-2007, les médecins québécois ont effectué près de 521 000 visites à domicile, soit un recul de 11 % par rapport à 2001-2002. Ce genre de visite est d'ailleurs en décroissance constante depuis le début des années 1990.

Par contre, au cours de la même période, l'utilisation des services à domicile offerts par les CLSC a suivi une tendance à la hausse. En effet, pendant que le nombre d'usagers de ce type de services passait de quelque 401 000 à plus de 500 000, soit une augmentation de 25 % - 14 % quand il s'agit d'usagers distincts -, le nombre d'interventions s'accroissait de 34 %, pour atteindre plus de 7,2 millions en 2006-2007. À la lumière des derniers chiffres disponibles (2006-2007), chaque usager distinct bénéficie donc en moyenne, sur une base annuelle, de 24 interventions à domicile de la part d'un CLSC.

Figure
40

Évolution de
l'utilisation des services de soutien à domicile,
c'est-à-dire les visites du médecin et les services offerts
par les CLSC, au Québec,
de 2001-2002 à 2006-2007



Sources : Données extraites du système Intégration - CLSC (I - CLSC), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca ;
Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau U1.

Les services ambulatoires

Une des composantes majeures des services socio-santaires 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 officiellement la réalité concrète de cet ensemble de services.

Dans ce document, une définition opérationnelle assez réaliste de l'univers des services ambulatoires a été retenue, sans toutefois pouvoir affirmer qu'il s'agisse de celle qui surpasse ou qui rend caduques toutes les autres. Ainsi, quatre grands blocs sont reconnus dans ces services : les services hospitaliers accordés aux usagers inscrits (par opposition aux usagers admis), les services médicaux

dispensés dans les établissements ou en clinique médicale à des usagers « visiteurs » - qui se rendent de façon autonome vers le service qu'ils requièrent -, l'ensemble des services prodigués par les CLSC et, finalement, les services de jour offerts aux usagers qui demeurent dans leur milieu de vie naturel.

En 2006-2007, les Québécois ont effectué plus de 3,9 millions de visites à l'urgence, soit à peu près le même nombre qu'au début de la décennie. La même année, on compte environ 8 millions de visites à la clinique externe d'un hôpital, soit une progression de 4,8 % par rapport à 2001-2002. Sur le plan des services médicaux rémunérés par la RAMQ, le nombre de consultations auprès de médecins spécialistes s'est accru de 11 % depuis 2001-2002, pour atteindre près de 4 millions en 2006-2007. Pendant ce temps, la somme des visites aux médecins omnipraticiens en cabinet, à l'externe et à l'urgence diminuait de 5,8 % pour se situer à 28,7 millions, en 2006-2007.

Au cours de la première moitié des années 2000, alors que le nombre de présences en hôpital de jour montrait un léger recul (-3,5 %), celui des présences en centre de jour augmentait de 6,3 %; en 2006-2007, cependant, on note une baisse de près de 15 % du nombre de présences en hôpital de jour, par rapport à l'année précédente, ainsi qu'une diminution d'un peu plus de 1 % du nombre de présences en centre de jour. Depuis 2001-2002, le nombre de jours-soins en médecine de jour a fait un bond en avant de 57 %, pour atteindre plus de 950 000, en 2006-2007. Le nombre de chirurgies d'un jour a, quant à lui, atteint un sommet historique de tout près de 307 000, en 2006-2007. Il s'agit d'une augmentation de 7,3 % par rapport à 2001-2002.

Entre 2001-2002 et 2006-2007, on note une croissance importante de l'utilisation des CLSC, alors que le nombre total d'interventions s'est accru de près de 26 %, pour atteindre près de 13,8 millions. Le nombre total d'utilisateurs a quant à lui fait un bond de près de 37 %; on en compte maintenant (2006-2007) plus de 3,1 millions, ou quelque 2,2 millions si l'on considère uniquement les usagers différents.

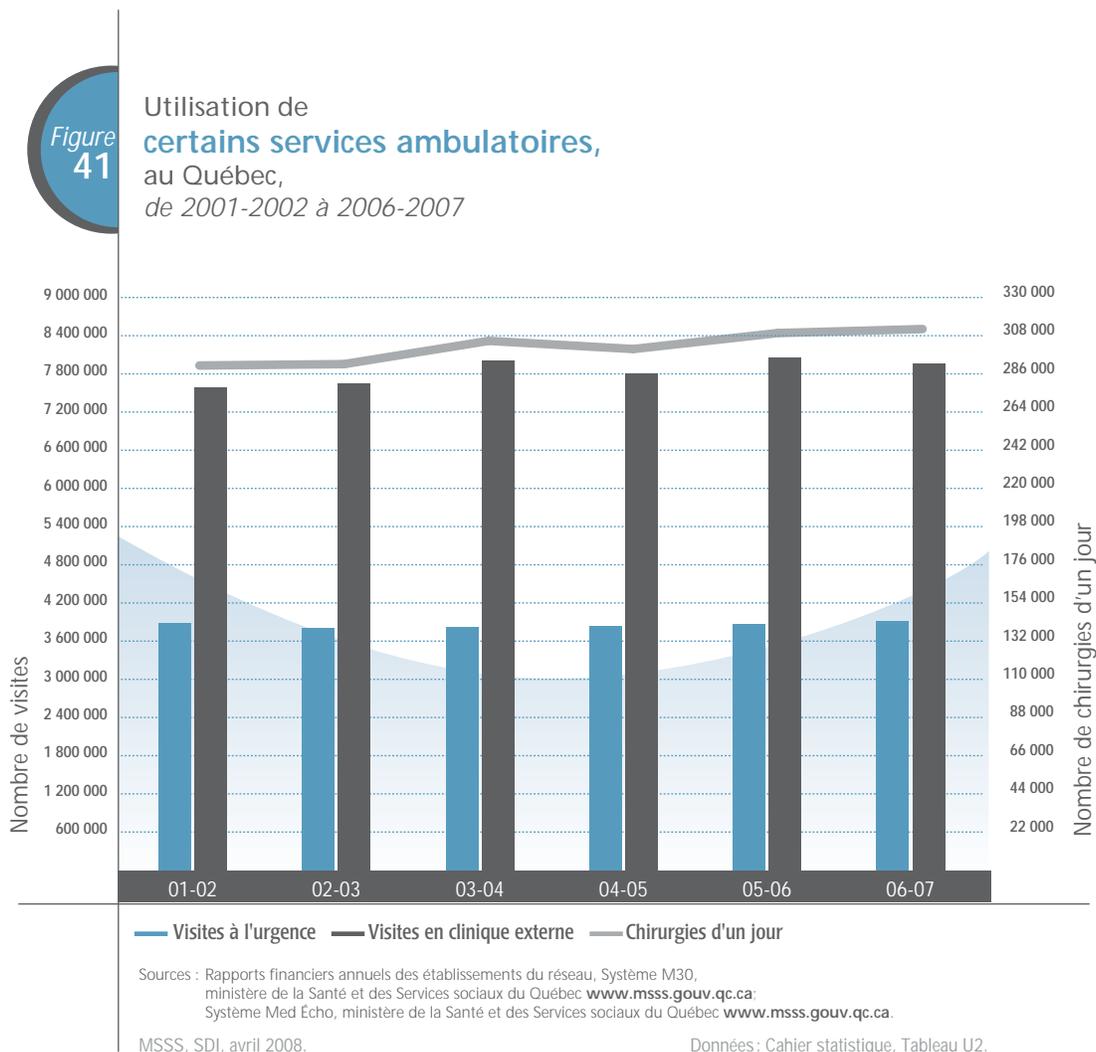
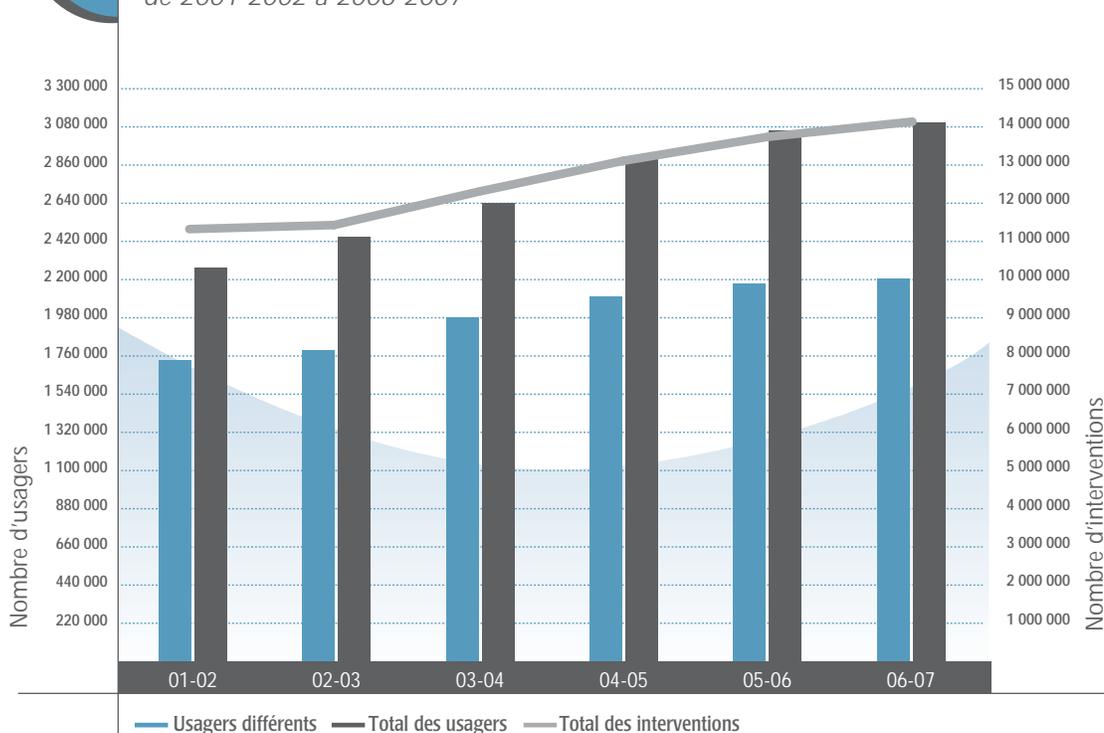


Figure 42

Utilisation des services en CLSC, au Québec, de 2001-2002 à 2006-2007



Source : Système Intégration - CLSC (I - CLSC), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau U2.

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).

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, sont titulaires d'une carte d'assurance maladie valide qui leur donne 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).

Depuis 1990, le nombre annuel de services médicaux dispensés à la population du Québec oscille entre 80 et 88 millions. En 2007, les médecins québécois ont prodigué 87,7 millions de services médicaux, soit une hausse de 8,8 % par rapport à 2001, c'est-à-dire l'année où l'on a observé le nombre de services le moins élevé en dix-huit ans. En 2007, 67 % des services médicaux ont été effectués sous le mode de rémunération à l'acte; en 1990, cette proportion se situait à 74 %.

En 2007, quand on limite l'observation aux services rémunérés à l'acte en médecine et chirurgie, on compte plus de 6 millions de participants à ce programme, un nombre en légère augmentation depuis 1990. Par contre, le taux de participation, en régression durant les années 1990, passant de 81,8 % à 79,3 % en 2000, est demeuré assez stable depuis ce temps, tout comme le nombre de services par participant qui se situe actuellement (2007) un peu sous la barre des 10 services.

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 dispensés par un chirurgien dentiste ou par 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, pour les enfants âgés de moins de 10 ans, 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 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, le nombre de services dentaires dispensés dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec atteignait près de 4,6 millions, soit un peu plus de 4,2 services par bénéficiaire, avec un taux de participation de 60 %. En 2007, près de 2,1 millions de services ont été dispensés, soit près de 3,6 services par bénéficiaire, avec un taux de participation de 50 %.

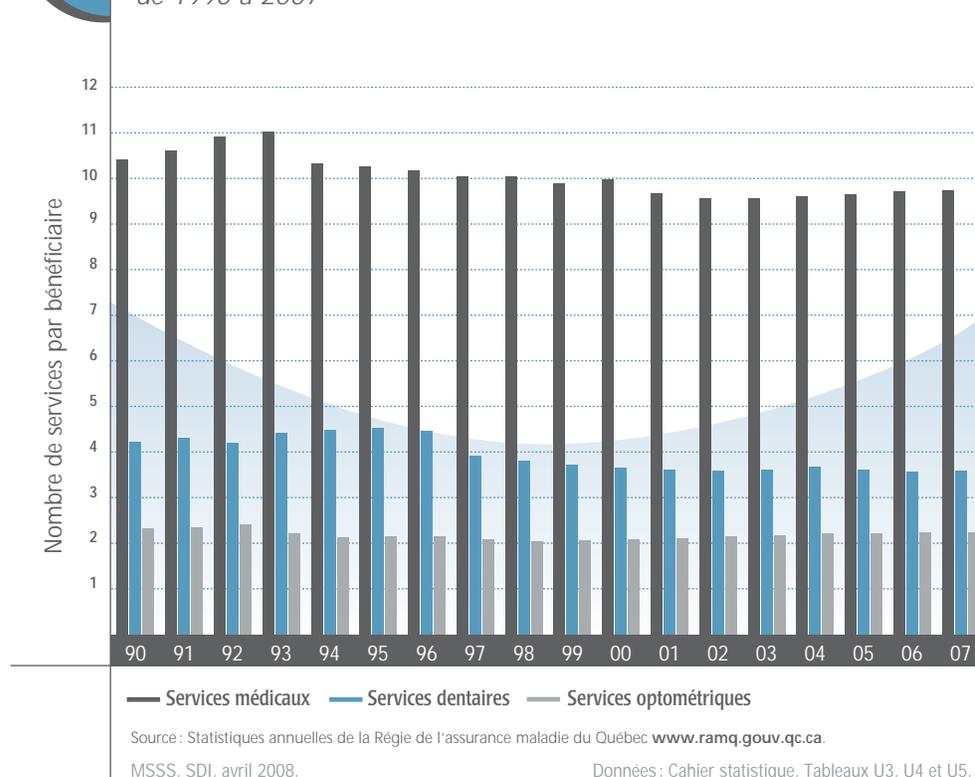
LES SERVICES OPTOMÉTRIQUES

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. Depuis, 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. Maintenant, seules les personnes qui sont âgées de moins de 18 ans ou encore de 65 ans ou plus y ont accès.

En 1990, un peu plus de 3,6 millions de services optométriques ont été dispensés à la population québécoise, soit 2,3 services par bénéficiaire, pour un taux de participation de 23 %. En 2007, un peu plus de 2,1 millions de services optométriques ont été dispensés à moins d'un million de bénéficiaires, soit 2,2 services par bénéficiaire, avec un taux de participation estimé à 33 %.

Figure 43

Nombre moyen de services dispensés par bénéficiaire, selon le programme, Régie de l'assurance maladie du Québec, de 1990 à 2007



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 dès le 1^{er} août 1996.

Ce régime mixte public-privé 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 des personnes assurées qui sont âgés de 0 à 17 ans, de même que leurs dépendants dont l'âge varie de 18 à 25 ans, qui sont sans conjoint, aux études à temps plein et non couverts par une assurance collective, sont également assurés. Une personne admissible à un régime collectif privé doit y adhérer et en faire bénéficier son conjoint ainsi que ses enfants.

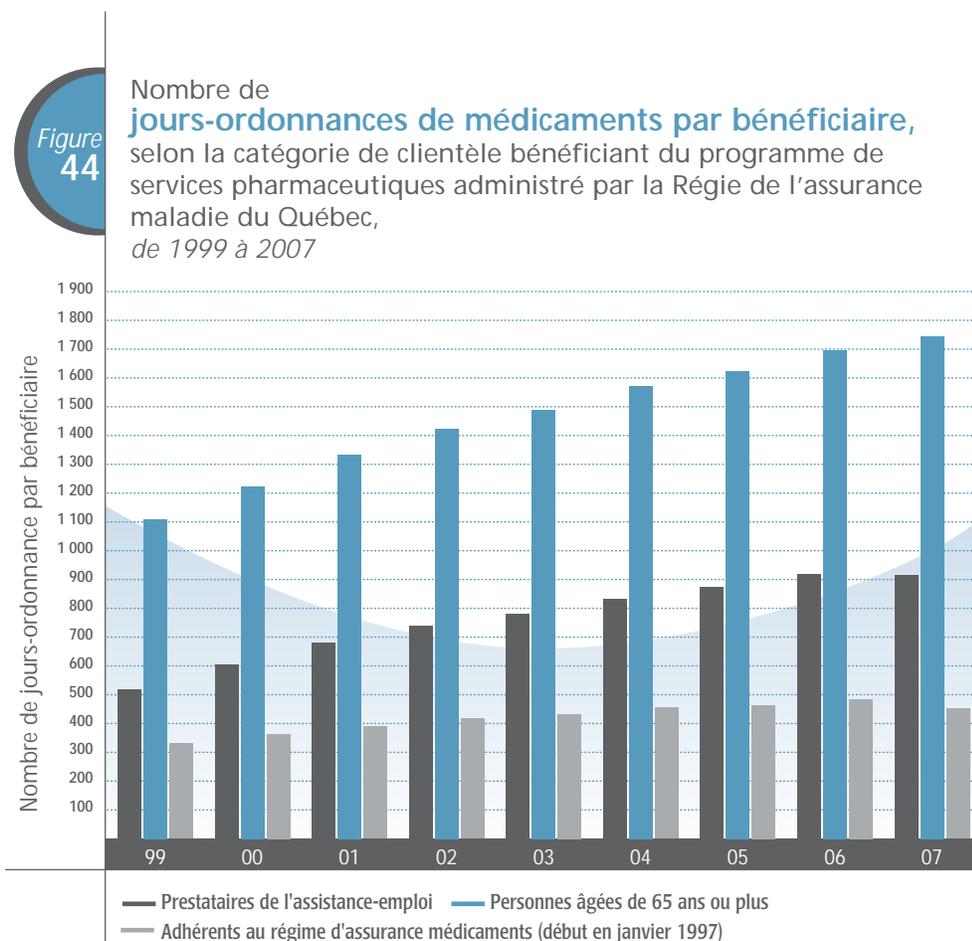
Le régime couvre les médicaments prescrits et achetés au Québec, qui sont inscrits sur la « Liste de médicaments » officielle publiée par la RAMQ, ainsi que les services pharmaceutiques s'y rattachant. Les médicaments doivent être prescrits par un médecin, un résident en médecine, un dentiste, ou même,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

En 1990, on comptait quelque 7 millions d'ordonnances de médicaments pour près de 419 000 participants parmi les prestataires de l'assistance-emploi; en 2007, pour la même clientèle, on a comptabilisé près de 21 millions d'ordonnances pour un peu moins de 373 400 participants. Durant la même période, chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, le nombre d'ordonnances a été également multiplié par trois, pour atteindre 77,5 millions, en 2007. Si le taux de participation a un peu augmenté chez les prestataires de l'assistance-emploi, passant de 67 % en 1997 à 76 % en 2007, il est demeuré assez stable entre 81 et 83 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

En 1997, outre ces deux groupes de clientèles, environ 1,4 million de personnes ont adhéré au régime d'assurance médicaments. De ce nombre, près de 825 000 ont reçu un peu plus de 9,5 millions d'ordonnances. En 2007, parmi les 1,7 million d'adhérents, dont 400 000 enfants, un peu plus de 1,1 million de participants ont reçu près de 21 millions d'ordonnances. Depuis 1997, le taux de participation des adhérents est assez stable autour de 60 %.

Il est important de noter que cette augmentation, apparemment fulgurante, du nombre d'ordonnances, chez les trois groupes de clientèles, ne peut être considérée comme un indicateur de la hausse de consommation des médicaments au Québec. Il s'agit plutôt, en bonne partie, du reflet d'un changement dans le mode de prescription des médicaments. En fait, ce nombre traduit, d'une part, la multiplication des ordonnances de courte durée et, d'autre part, des modifications sur le plan de la composition des clientèles utilisatrices; par exemple, pour les prestataires de l'assistance-emploi, une proportion très fluctuante de personnes avec des contraintes sévères à l'emploi.

En effet, quand on transforme le nombre d'ordonnances en y accolant une durée de prescription, on obtient un indicateur, le jour-ordonnance, beaucoup plus à même d'éclairer sur l'évolution de la consommation de médicaments. En 1999, on comptait 519 jours-ordonnances en moyenne par bénéficiaire chez les prestataires de l'assistance-emploi, 1 110 chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, et 331 chez les adhérents au régime d'assurance médicaments; en 2007, ces chiffres sont respectivement de 914, 1 745 et 451 jours-ordonnances par bénéficiaire. Il s'agit d'augmentations respectives de 76 %, 57 % et 36 %, en huit ans.



Sources : Statistiques annuelles et données non publiées de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca; Direction de la statistique et du soutien aux expérimentations, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec www.mess.gouv.qc.ca.

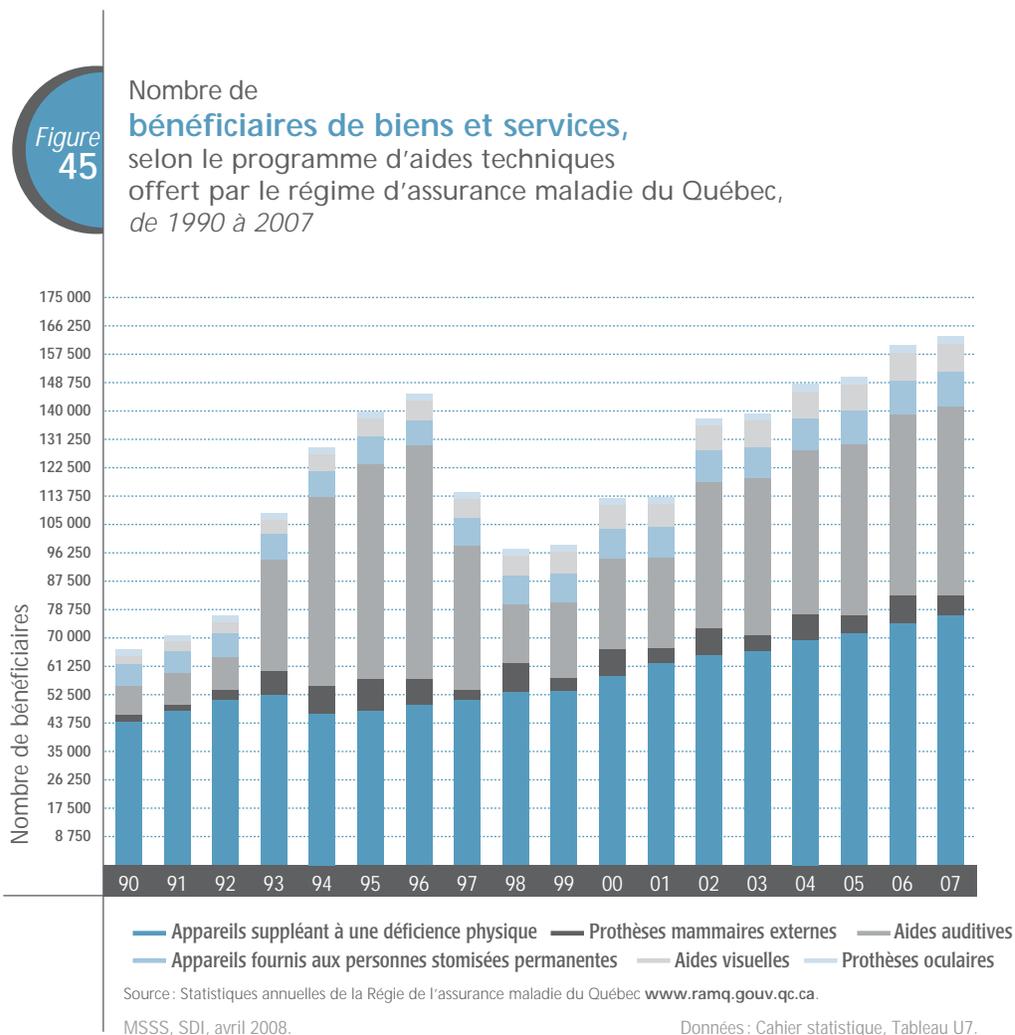
LES AIDES TECHNIQUES

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

1. prothèses, appareils orthopédiques, aides à la locomotion et à la posture ou autres équipements, entré en vigueur le 1^{er} juillet 1975;
2. prothèses mammaires externes, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1978;
3. aides auditives, entré en vigueur le 22 août 1979;
4. appareils fournis aux personnes stomisées permanentes, entré en vigueur le 1^{er} avril 1981;
5. aides visuelles, entré en vigueur le 30 novembre 1977;
6. prothèses oculaires, entré en vigueur le 1^{er} avril 1981.

Au cours de la période 1990 à 2007, le nombre de bénéficiaires de biens et services a sensiblement augmenté pour chacun des six programmes d'aides techniques, soit près de 21 % pour le programme des prothèses oculaires, où l'augmentation fut la moins élevée, et une multiplication par un facteur un peu inférieur à 7 pour le programme des aides auditives, là où elle fut la plus élevée.

Durant la même période, les nombreux changements survenus sur le chapitre de la couverture ont donné lieu à des variations importantes du nombre de biens et services dispensés. Ainsi, pour les programmes des aides auditives, des aides visuelles et des appareils suppléant à une déficience physique, le nombre moyen de biens et services par bénéficiaire a subi de multiples fluctuations résultant en une baisse importante au total. Par contre, pour les trois autres programmes, le même indicateur est demeuré relativement constant au cours de toute la période.

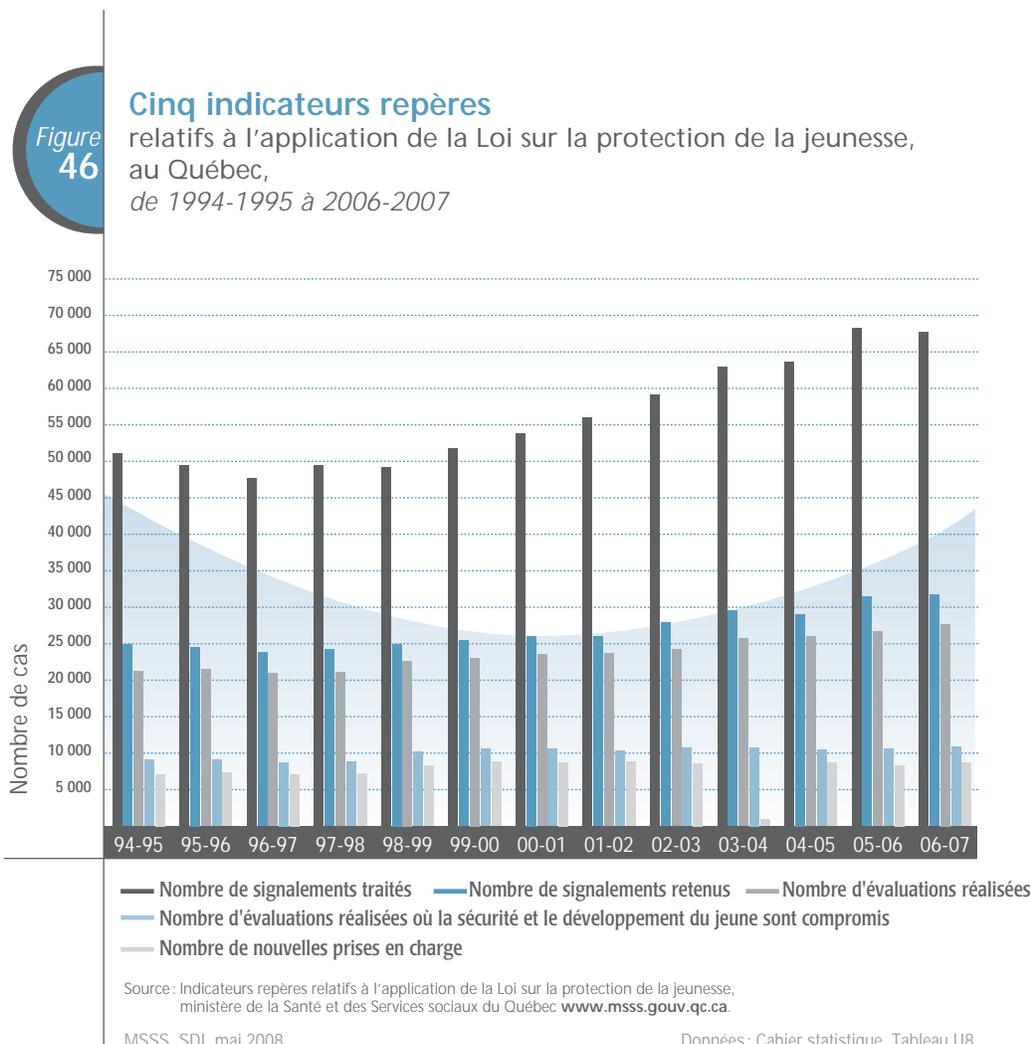


Les services de protection de la jeunesse

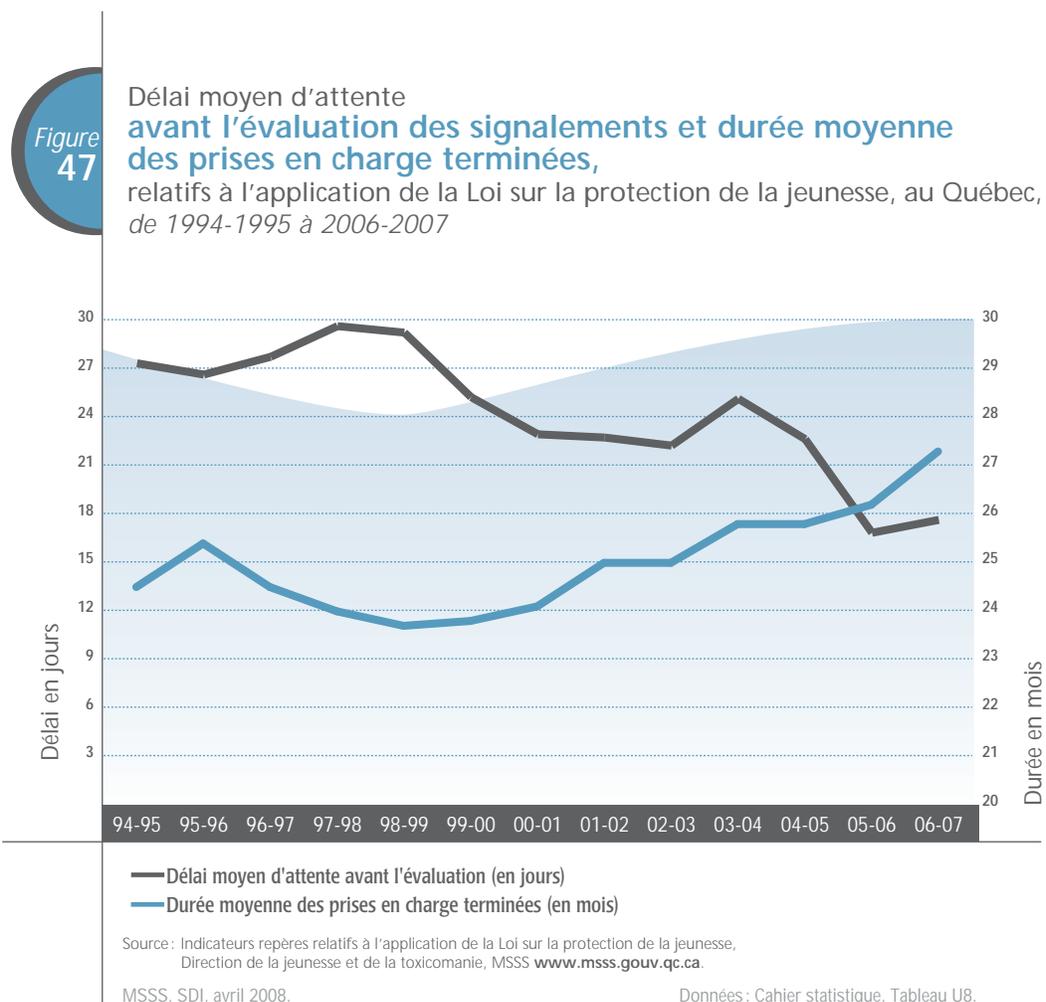
Dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), ce sont les centres jeunesse (CJ) - amalgame des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CR JDA) et des centres de réadaptation pour jeunes mères en difficulté d'adaptation (CR MDA), - 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; ces étapes agissent donc 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, y compris le placement.

En 2006-2007, 67 730 signalements ont été traités par les centres jeunesse du Québec en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse. De ce nombre, 31 740 ont été retenus, dont environ 27 700 pour lesquels une évaluation a été réalisée. Parmi ces évaluations, il y a eu quelque 10 850 cas où la sécurité ou le développement du jeune était compromis. Ces cas ont donné lieu à plus de 8 650 nouvelles prises en charge, dont environ 4 700 judiciairisées.



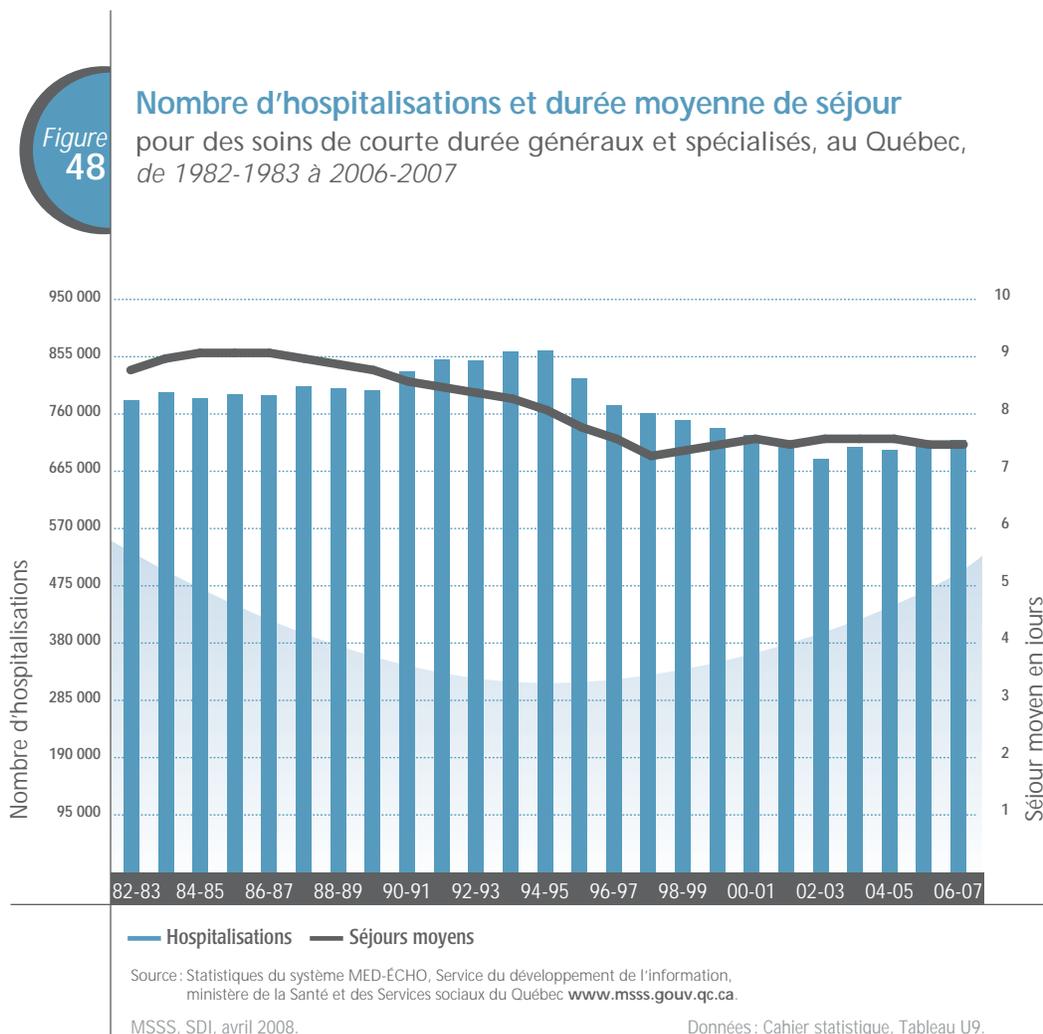
De 1994-1995 à 2006-2007, le délai moyen avant l'évaluation est passé de 27,3 jours à 17,6 jours, soit une amélioration de près de 36 %. Pendant la même période, la durée moyenne des prises en charge terminées a eu tendance à augmenter, surtout depuis le début des années 2000; elle se situe actuellement (2006-2007) à 27 mois.



Les services en soins de courte durée

Les observations présentées ici 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. Les données les plus récentes disponibles au moment de produire ce document couvrent l'année financière 2006-2007.

La tendance observée sur le plan des hospitalisations pour des soins actifs de courte durée est largement tributaire de trois phénomènes. D'abord, le développement des technologies médicales, qui, en faisant reculer peu à peu les méthodes dites « invasives », a entraîné une diminution de la durée des séjours hospitaliers, l'arrivée de nouveaux médicaments mieux adaptés et plus efficaces, qui ont contribué à réduire la lourdeur des cas et à éviter ainsi certains épisodes de soins, puis l'utilisation accrue de la chirurgie d'un jour, qui, elle, a contribué directement à réduire le nombre d'hospitalisations. Cependant, il est intéressant de noter que le recours à la chirurgie d'un jour a engendré une légère tendance à la hausse du séjour moyen global entre 1997-1998 et 2003-2004. En effet, durant cette période, l'augmentation du recours à la chirurgie d'un jour a résulté en une diminution des hospitalisations nécessitant de courts séjours en institution, ce qui a laissé plus de poids aux longs séjours dans le calcul du séjour moyen, et ce, même si ces longs séjours ont une durée inférieure à ce qu'elle était auparavant. Depuis 2003-2004, la tendance à la baisse du séjour moyen a repris son cours.



En 1982-1983, au Québec, quelque 782 000 hospitalisations pour des soins de courte durée généraient 6,7 millions de journées d'hospitalisation, soit un séjour moyen de 8,5 jours pour chaque hospitalisation. Un quart de siècle plus tard, malgré une augmentation de 15,6 % de la population, ainsi qu'une accélération de son vieillissement, on compte moins de 716 200 hospitalisations ayant généré 5,1 millions de journées d'hospitalisation, pour un séjour moyen de moins de 7,2 jours. C'est en 1994-1995 que se situe le sommet quant au nombre d'hospitalisations, soit plus de 865 500. Sur le chapitre de la durée de séjour, on a atteint un plafond à tout près de 7 millions de journées d'hospitalisation en 1987-1988. Le plus haut séjour moyen a été observé en 1985-1986 avec plus de 8,8 jours. C'est en 2002-2003 que l'on a les valeurs minimales de la période étudiée, pour ce qui est du nombre d'hospitalisations (à peine 685 600) et de journées d'hospitalisation (un peu moins de 5 millions); quant au séjour moyen, le plus court est survenu en 1997-1998 (7 jours).

Entre 2000-2001 et 2006-2007, le nombre d'hospitalisations a augmenté chez les nouveau-nés et les enfants âgés de moins d'un an, ainsi que pour les usagers âgés de 25 à 34 ans, de 55 à 64 ans et de 80 ans ou plus; il a régressé chez les autres groupes d'âge. Sur le plan du séjour moyen, seuls les gens âgés de 15 à 24 ans et de 90 ans ou plus montrent une augmentation pour la même période.

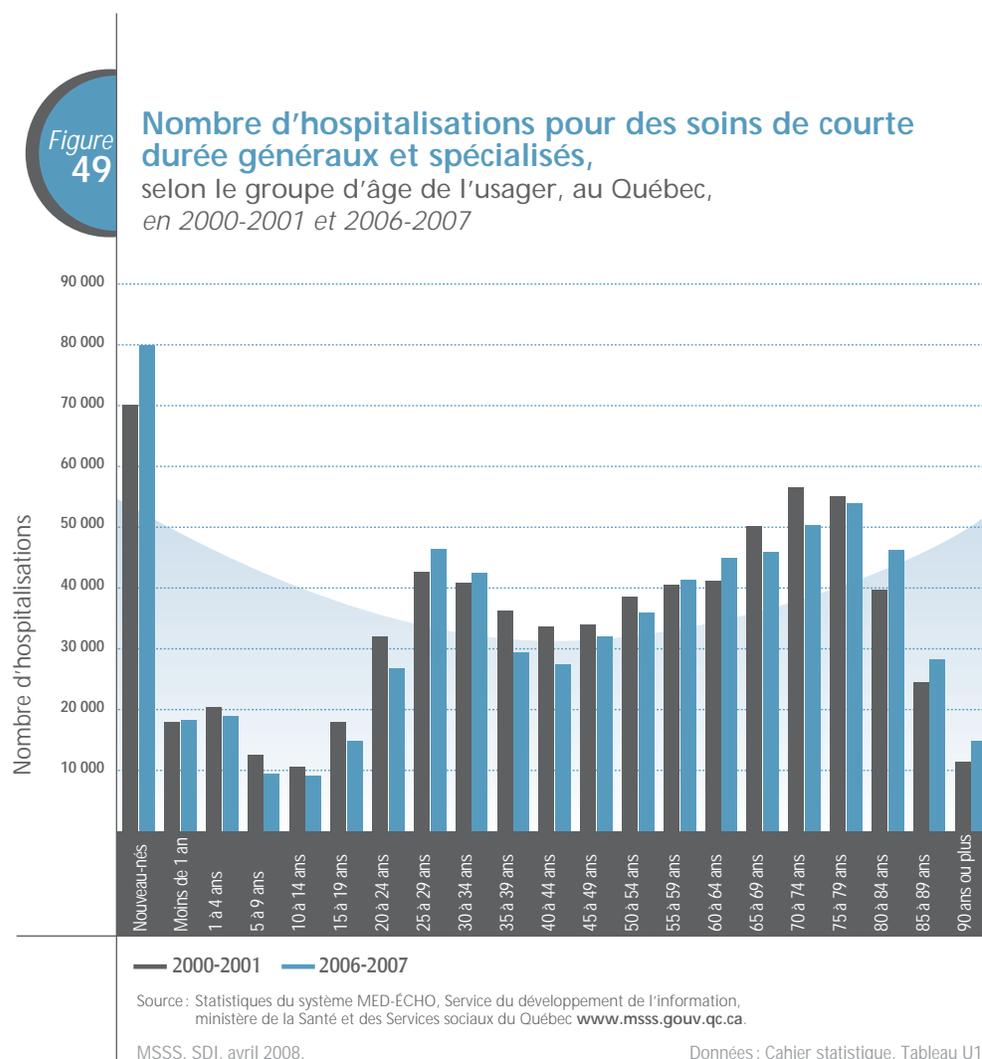
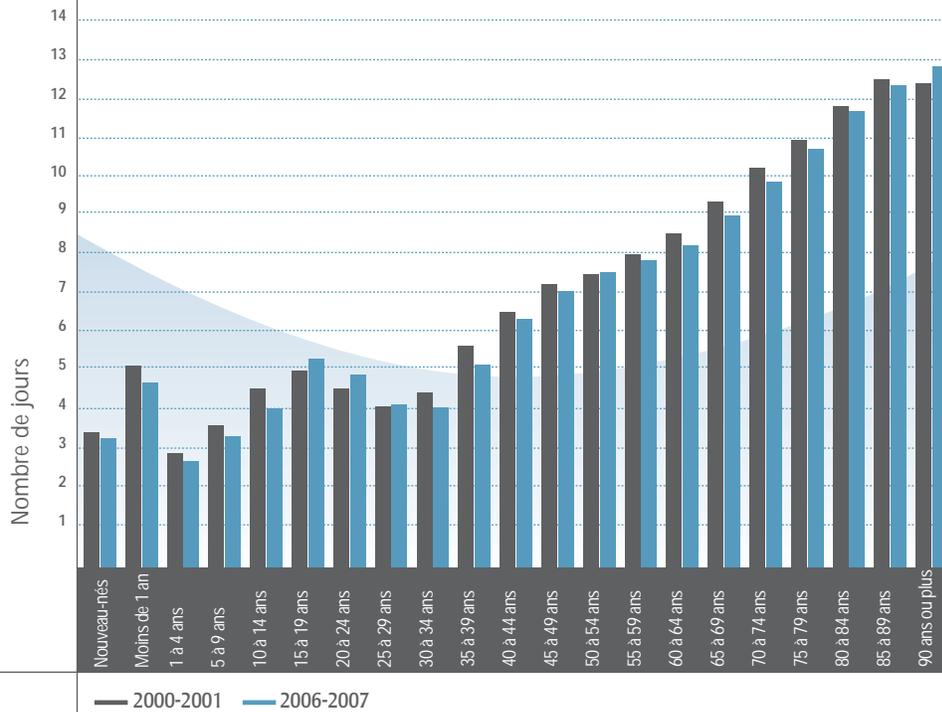


Figure
50

Séjour moyen pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, selon le groupe d'âge de l'utilisateur, au Québec, en 2000-2001 et 2006-2007



Source: Statistiques du système MED-ÉCHO, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

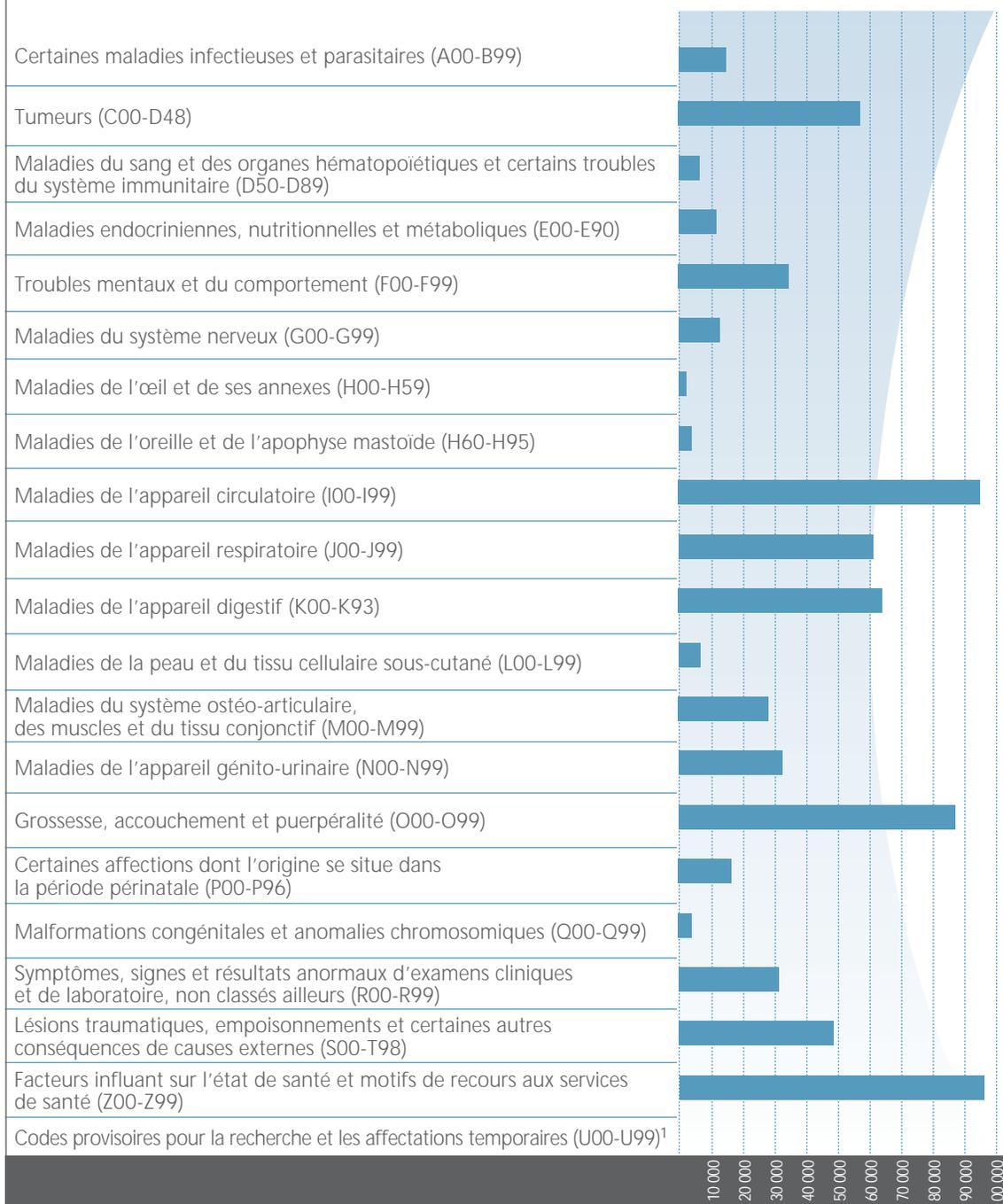
MSSS, SDI, avril 2008.

Données: Cahier statistique, Tableau U10.

Même si leur nombre est en repli au cours de la première moitié des années 2000, les hospitalisations pour les maladies de l'appareil circulatoire sont encore les plus nombreuses au Québec. Par contre, ce sont les troubles mentaux qui suscitent, en moyenne, les séjours hospitaliers les plus longs, suivis des tumeurs.

Figure
51

Nombre d'hospitalisations pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, selon le regroupement des diagnostics en 23 chapitres, au Québec, en 2006-2007



Nombre d'hospitalisations

1. Donnée infime

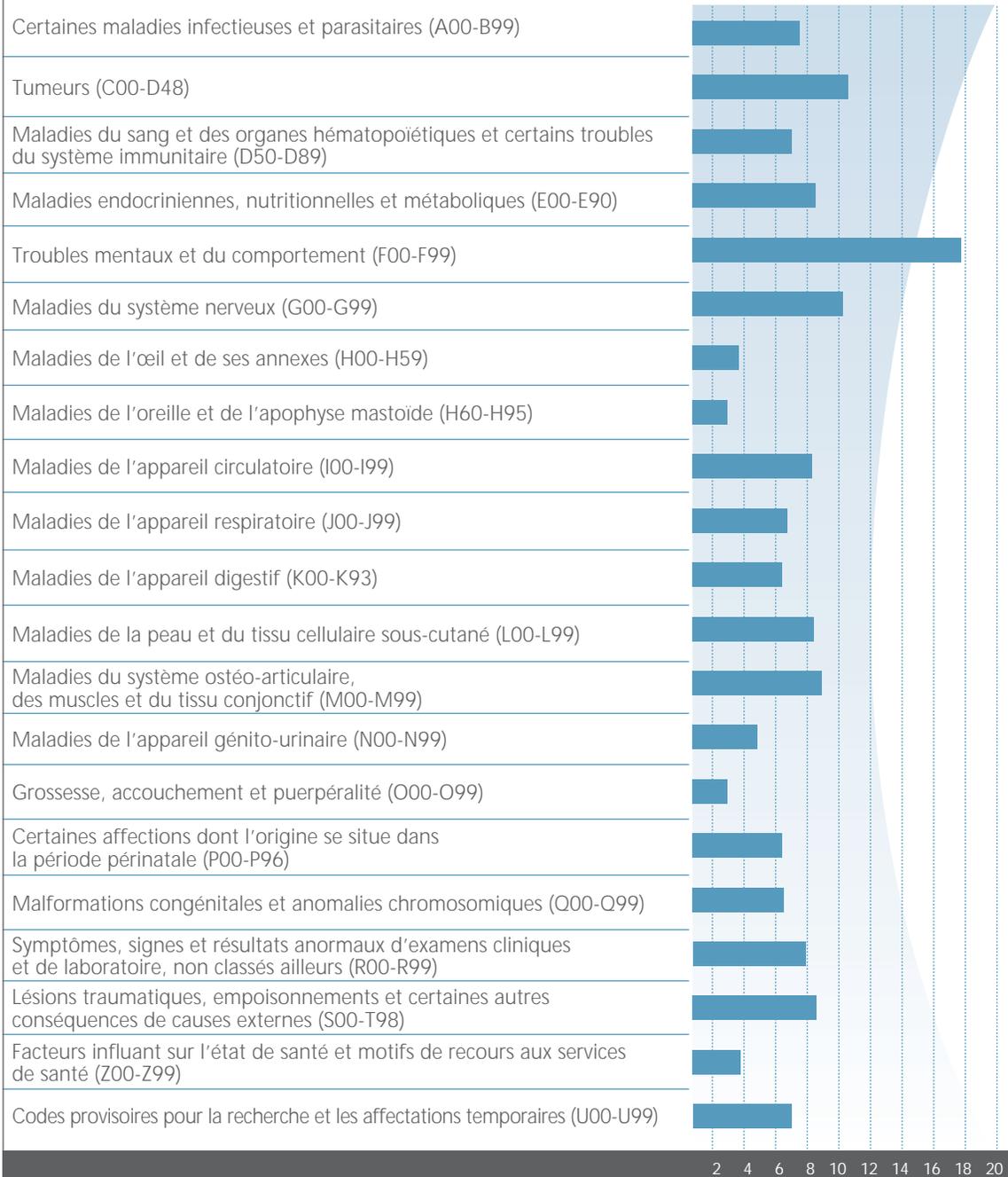
Source: Statistiques du système MED-ÉCHO, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, janvier 2008.

Données: Cahier statistique, Tableau U11.

Figure
52

Séjour moyen pour des soins de courte durée généraux et spécialisés, selon le regroupement des diagnostics en 23 chapitres, au Québec, en 2006-2007



Séjour moyen en jours

Source : Statistiques du système MED-ÉCHO, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca

MSSS, SDI, avril 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau U11.

Les services d'hébergement et de soins de longue durée

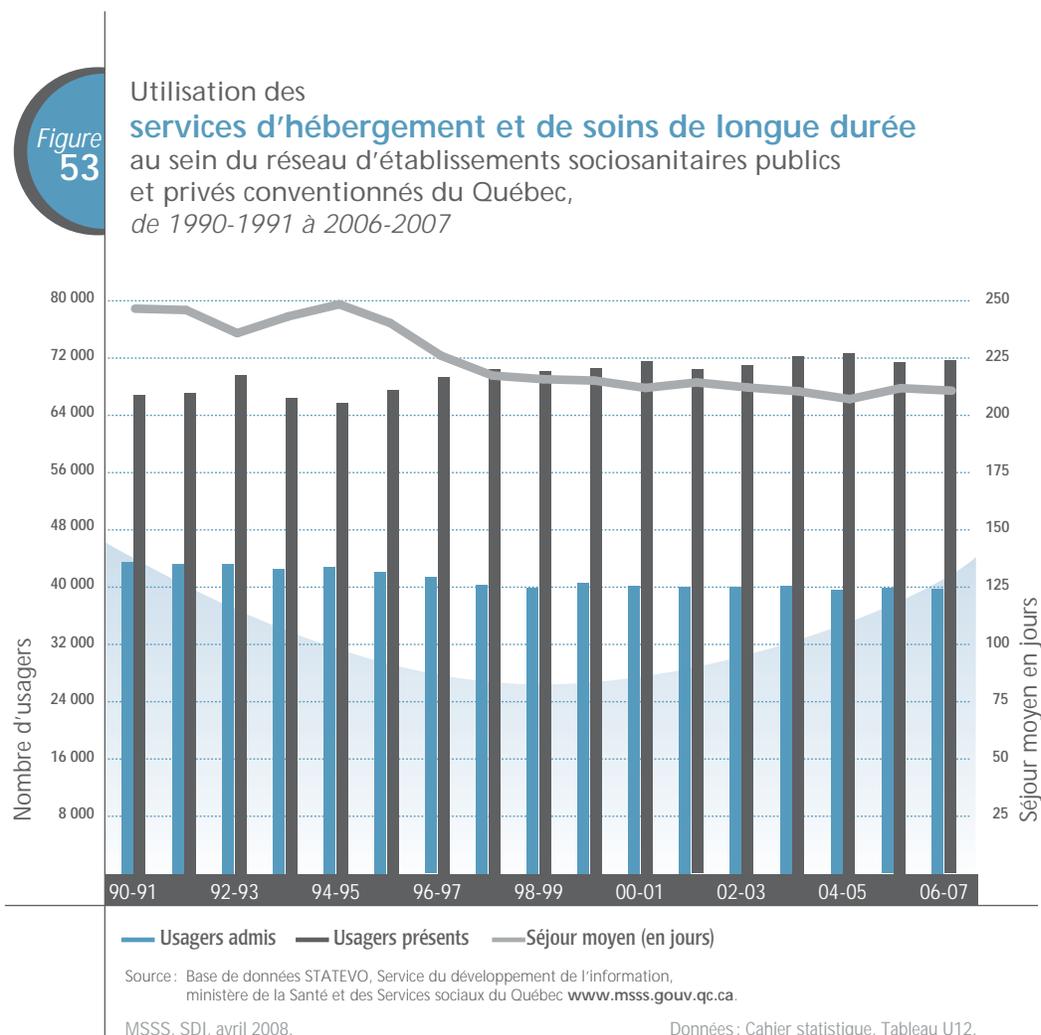
Compte tenu du vieillissement de la population, la demande de services d'hébergement et de soins de longue durée consacrés aux personnes âgées en perte d'autonomie devient de plus en plus forte.

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 socio-sanitaires 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 au cours d'une année a continué de s'accroître. Cependant, jusqu'à la fin des années 1990, le nombre de jours-présence en hébergement, dans le réseau des CHSLD, a suivi une tendance à la baisse, ce qui s'est reflété par une baisse significative du séjour moyen annuel; depuis lors, la situation est demeurée relativement stable sur ce chapitre.

Entre 1991 et 2007, le nombre ponctuel d'usagers admis au 31 mars de chaque année a diminué d'un peu moins de 9 %, passant de près de 43 600 à moins de 39 740 usagers. Par contre, quand on considère les usagers présents à un moment ou à un autre en cours d'année financière, on observe une augmentation du flux d'usagers. En effet, en 1990-1991, moins de 66 900 personnes ont été hébergées dans le réseau des CHSLD publics et privés conventionnés du Québec; seize années plus tard, ce nombre atteint plus de 71 650, soit une hausse de plus de 7 %. Ces personnes ont cumulé quelque 16,1 millions de journées d'hébergement en 1990-1991; on en compte un peu plus de 14,7 millions en 2006-2007, un nombre relativement stable depuis la fin des années 1990. Durant ces dix-sept années, le séjour moyen des personnes hébergées est passé de 241 à 205 jours sur une base annuelle.



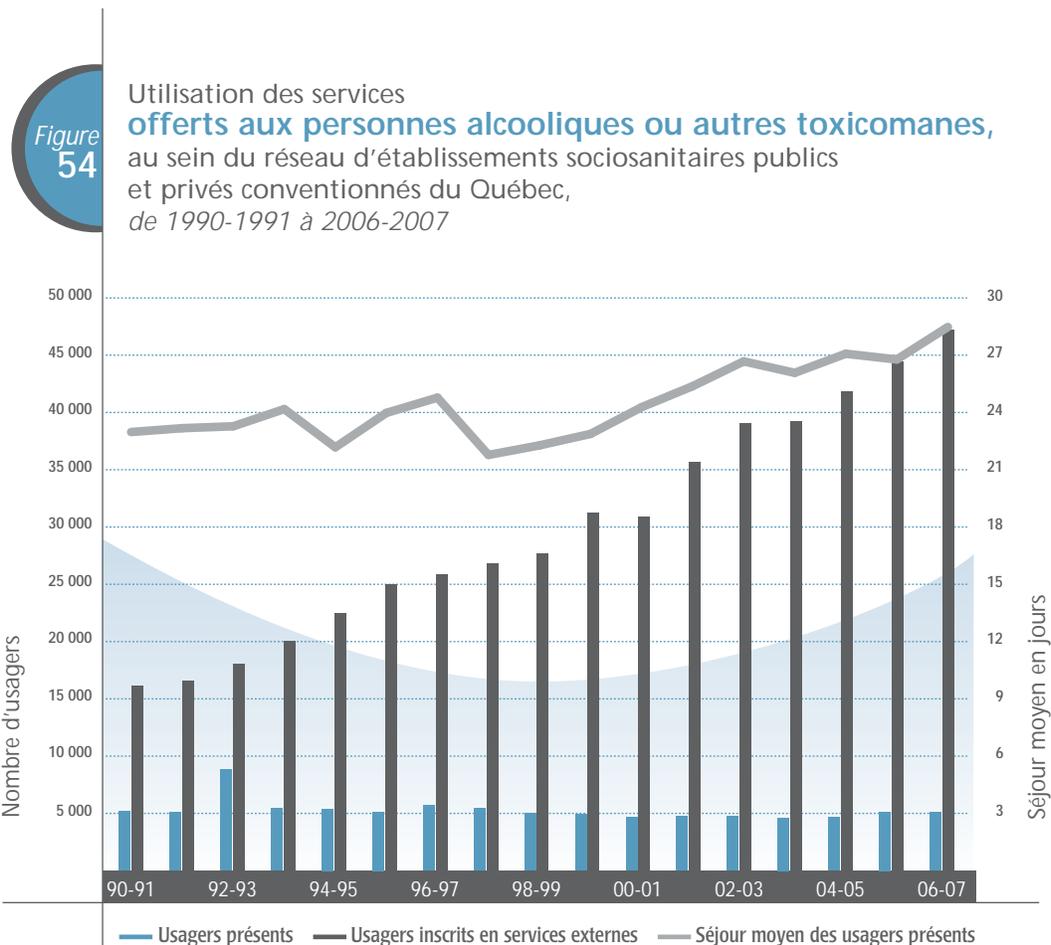
Les services de réadaptation

Les services de réadaptation s'adressent à trois clientèles en particulier : les personnes alcooliques et autres toxicomanes; les personnes souffrant d'une déficience physique; et les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Dans les trois cas, on remarque une croissance très importante des personnes inscrites en services externes de réadaptation au cours des quinze dernières années. Par contre, alors que l'on note une relative stabilité du nombre de personnes admises en institution de réadaptation chez les deux premières clientèles, le nombre d'admissions de personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement (TED) a chuté de façon très importante.

À noter que dans les figures, les usagers « présents » sont ceux qui ont été admis à un moment ou à un autre durant l'année; il s'agit du flux d'usagers. Quand on utilise l'expression « usagers admis », on désigne ceux qui sont présents le 31 mars, comme dans une photo en un temps donné.

LES PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES

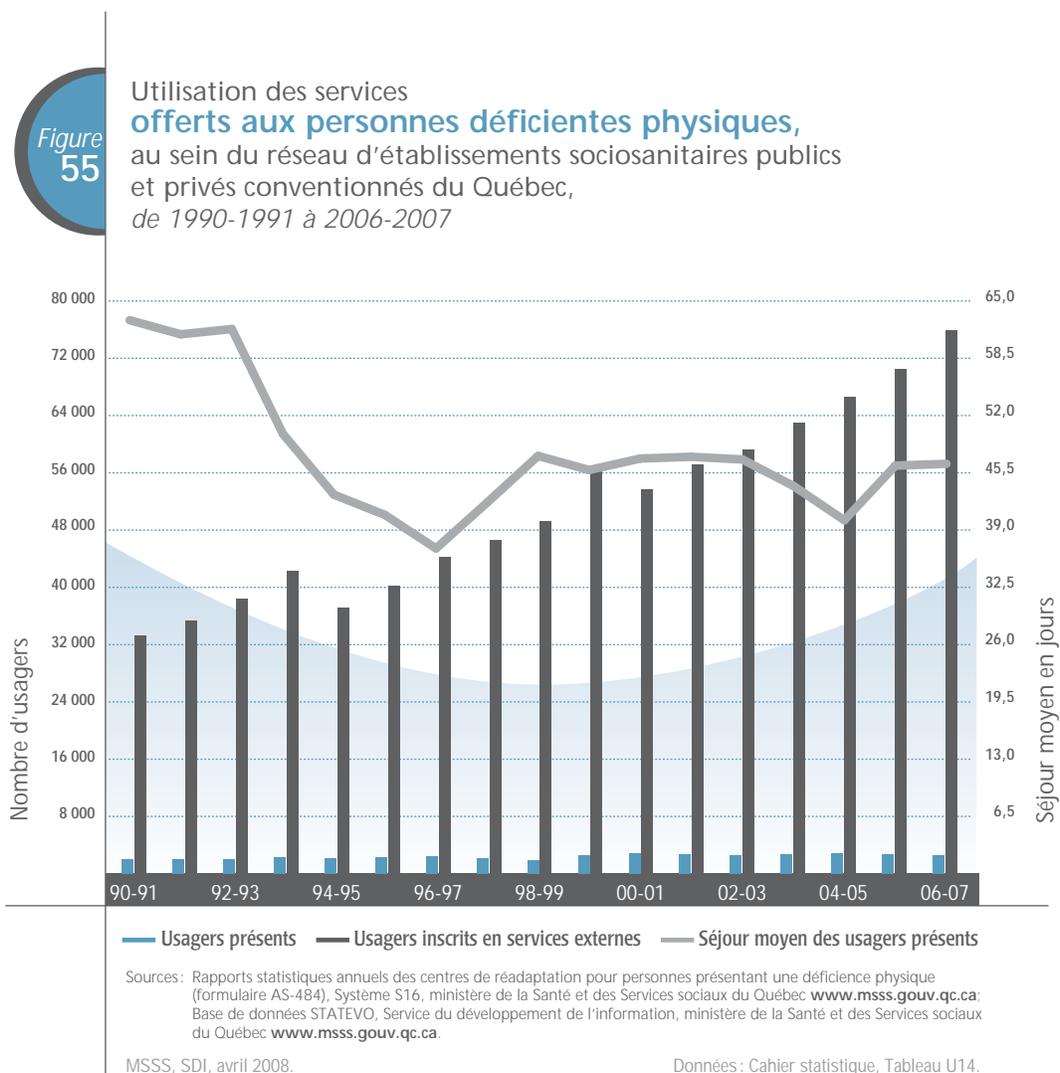
En 2006-2007, à un moment ou à un autre durant l'année, quelque 5 100 personnes ont été admises en institution de réadaptation pour traiter des problèmes d'alcoolisme et autres toxicomanies, un nombre comparable à celui relevé en 1990-1991. Par contre, durant la même période, le nombre d'inscriptions en services externes de réadaptation est passé de moins de 16 200 à plus de 47 250, soit une hausse de 193 %.



Sources : Rapports statistiques annuels des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes (formulaire AS-481), Système S16, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca; Base de données STATEVO, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

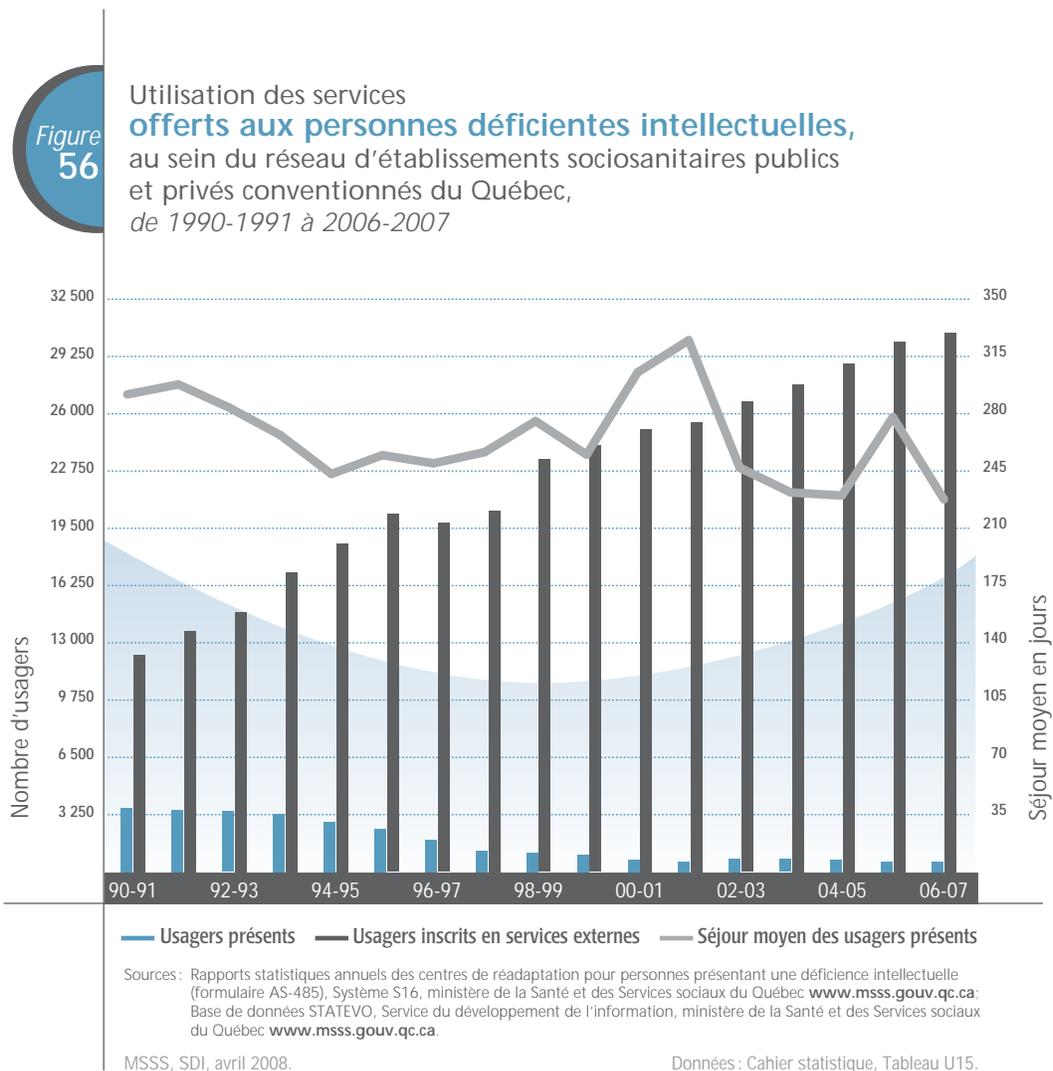
LES PERSONNES SOUFFRANT D'UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

Entre 1990-1991 et 2006-2007, le nombre de personnes admises en centre de réadaptation pour des problèmes de déficience physique, à un moment ou à un autre durant l'année, est passé de moins de 2 000 à près de 2 600, soit une hausse de 33 %. Pendant ce temps, le nombre d'inscriptions en services externes a plus que doublé, passant d'environ 33 300 à plus de 75 900.



LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU UN TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

Depuis 1990-1991, le nombre de personnes admises en centre de réadaptation pour des problèmes de déficience intellectuelle ou des troubles envahissants du développement, à un moment ou à un autre durant l'année, est passé de quelque 3 700 à moins de 600, en 2006-2007, soit plus de six fois moins. Durant la même période, le nombre d'inscriptions pour des services externes de réadaptation a augmenté de 148 %, passant de quelque 12 300 à plus de 30 600. Ces chiffres traduisent de façon très évidente les efforts consentis en vue de la désinstitutionnalisation des personnes affectées par ce type de déficience.



Les services préhospitaliers d'urgence

PORTRAIT GÉNÉRAL

L'objectif fondamental du système préhospitalier d'urgence est d'apporter en tout temps, aux personnes faisant appel à ses services, une réponse appropriée, efficiente et de qualité, dans le but de réduire la mortalité et la morbidité à l'égard de ces personnes en détresse. Au Québec, ce système 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. Chaque maillon de la chaîne d'interventions s'inscrit dans une suite d'événements auxquels participent plusieurs personnes.

1. La chaîne d'interventions débute avec l'appel au centre 9-1-1, effectué par les « premiers intervenants », c'est-à-dire les premières personnes arrivant sur la scène d'un incident qui constatent qu'un individu a besoin de soins.
2. Le centre 9-1-1 reçoit l'ensemble des appels qui requièrent une ou plusieurs interventions d'urgence (pompiers, policiers, ambulanciers) et transfère ceux nécessitant des services préhospitaliers au centre de communication santé (CCS).
3. Le CCS reçoit et traite les appels, affecte les ressources préhospitalières en fonction des priorités et assure le suivi et l'encadrement de ces dernières.
4. Les « premiers répondants », souvent des policiers, des pompiers ou des citoyens ayant reçu la formation nécessaire, amorcent les soins permettant de prévenir toute détérioration de l'état de la personne en attendant les ambulanciers. Les premiers répondants contribuent particulièrement à la compression des délais d'intervention.
5. Les techniciens ambulanciers-paramédics stabilisent la condition du patient et le transportent rapidement à l'établissement capable de lui fournir les soins dont il a besoin. Les ambulanciers peuvent également assurer le déplacement de l'utilisateur d'un établissement à l'autre, selon les besoins liés à son état de santé.
6. Enfin, le dernier maillon est constitué des salles d'urgence des établissements qui assurent la prise en charge de l'utilisateur.

Les agences de santé et de services sociaux sont responsables de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence sur leur territoire, en collaboration avec les centres de communication santé, les entreprises ambulancières, ainsi que les établissements de santé. La corporation d'Urgences-santé, quant à elle, exerce, sur les territoires de Montréal et de Laval, les fonctions dévolues à une agence, en même temps qu'elle assure les services d'un centre de communication santé; elle est en charge du service ambulancier de ces territoires.

LES SERVICES AMBULANCIERS

Les services ambulanciers reposent sur des équipes composées de deux techniciens ambulanciers-paramédics ayant reçu une formation reconnue par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, soit une attestation d'études collégiales de 840 heures. Un programme de techniques ambulancières permettant l'obtention d'un diplôme d'études collégiales est également offert depuis 2006. Chaque technicien doit détenir une carte attestant sa formation de base et se soumettre aux normes relatives au maintien de sa compétence. Le Québec compte actuellement (2006-2007) plus de 3 630 techniciens ambulanciers-paramédics (TAP), ce qui correspond à un rapport de 1 TAP pour 2 100 personnes. Ceux-ci ont effectué plus de 4 817 000 heures de service en 2006-2007, soit 65 700 de plus que l'année précédente.

En 2006-2007, le Québec comptait 624 ambulances, soit 8,21 véhicules pour 100 000 personnes. Ces ambulances ont effectué quelque 585 700 transports, c'est-à-dire un ratio de 77 transports pour 1 000 personnes. L'année précédente, 560 140 transports ont été effectués, soit un peu plus de 74 transports pour 1 000 personnes.

LES COÛTS

Quand on fait référence aux coûts, dans le domaine sociosanitaire, on rencontre plusieurs termes couvrant des réalités ou des concepts différents. Par exemple, l'expression « dépenses totales de santé » ou « dépenses nationales de santé » désigne l'ensemble des dépenses publiques - qu'elles soient fédérales, provinciales ou municipales -, et des dépenses privées liées à la santé, excluant celles qui sont relatives aux services sociaux. Cette définition pancanadienne 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 confère une identité 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 un concept différent. On considère plutôt l'univers des « dépenses gouvernementales pour la mission Santé et services sociaux » par l'entremise de véhicules informationnels divers, dont les Comptes publics du Québec et les rapports financiers des établissements du réseau. Ainsi peut-on comparer l'effort financier consacré aux services de santé et aux services sociaux à celui qui est consenti aux autres grandes missions gouvernementales québécoises. Cet univers a été retenu dans le cadre de ce document comme base de présentation des coûts liés aux services de santé et aux services sociaux 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) et les frais facturés à des non-résidents.

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

Les transferts fédéraux sont de deux ordres : les transferts financiers, soit les sommes d'argent, liées à certains programmes, qui sont transférées directement aux provinces, et les transferts fiscaux, soit 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), instauré en 1966 et, surtout, dans le cadre du Financement des programmes établis (FPE), en vigueur à partir de 1977. Depuis 1996, ces transferts sont effectués en vertu du programme de Transfert social canadien (TSC), transformé plus tard, sous la recommandation du Vérificateur général du Canada, en Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), afin d'en améliorer la transparence.

La mission Santé et services sociaux

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

Le premier palier 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.

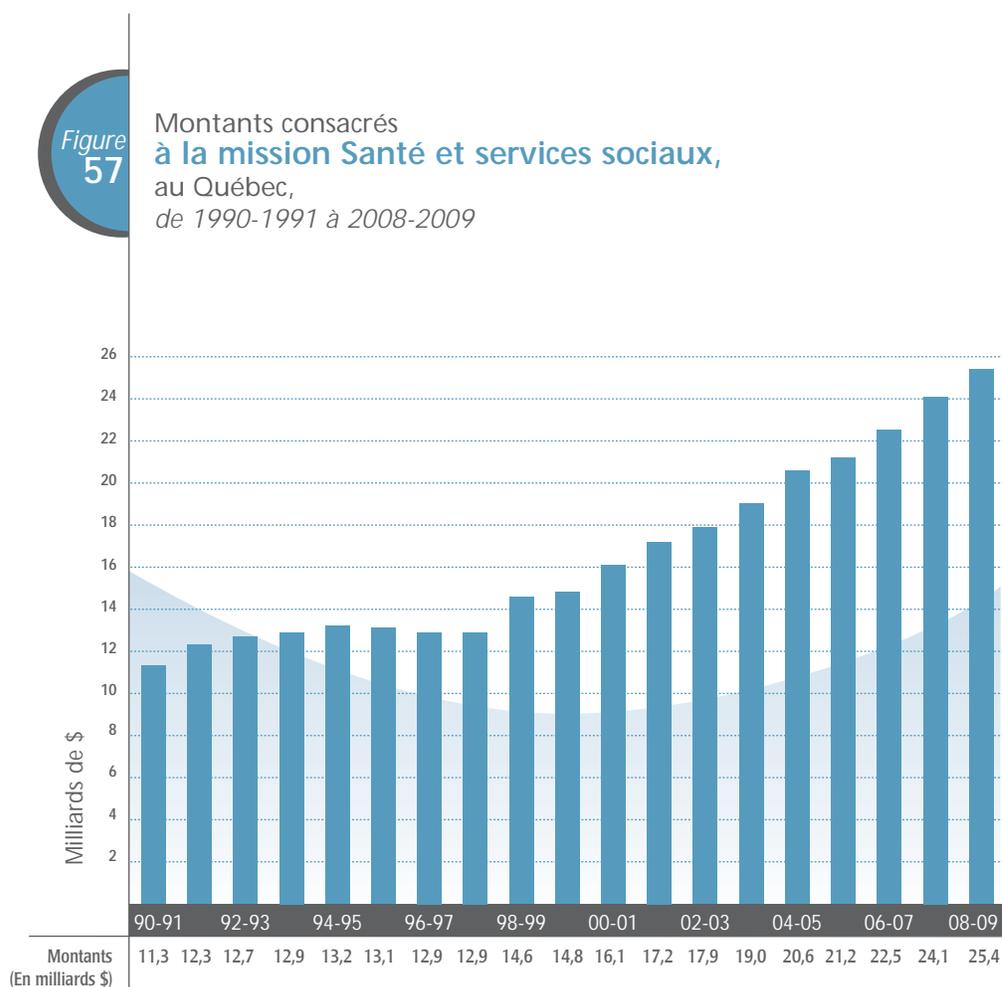
Pour la mission Santé et services sociaux, le troisième palier est actuellement (2008) constitué des programmes suivants : *Fonctions nationales*, qui comprend entre autres la gestion du Ministère; *Fonctions régionales*, qui englobe la gestion des agences régionales et le fonctionnement des établissements; OPHQ, où on se limite aux dépenses administratives de l'organisme depuis 2006-2007; RAMQ, où sont présentées les dépenses administratives de la Régie ainsi que les montants dévolus à chacun des programmes qu'elle gère; et *Promotion et développement de la Capitale-Nationale*, un programme lié au ministre responsable de la Capitale-Nationale, en l'occurrence le ministre actuel de la Santé et des Services sociaux, et non à la mission Santé et services sociaux elle-même.

Tout d'abord, il convient de situer l'effort financier consenti aux services sociosanitaires par le gouvernement du Québec, tant dans l'ensemble de son budget que par rapport à la richesse collective de la population qu'il administre.

En 2008-2009, le gouvernement du Québec consacre plus de 25,4 milliards de dollars à sa mission Santé et services sociaux, soit plus du double des montants consentis au début de la décennie 1990. Il s'agit aujourd'hui d'un montant de 3 311 \$ par personne comparativement à 1 615 \$ en 1990-1991. C'est donc dire que 8,2 % de la richesse collective du Québec, mesurée par le PIB, ira à cette mission, en 2008-2009, ou encore, que cette mission va accaparer près de 40 % de l'ensemble du budget gouvernemental québécois - 44,4 % si on considère uniquement les missions de programme. En comparaison, en 1997-1998, ces deux proportions étaient respectivement de 6,8 % et 30,6 % - 36,5 % si on considère uniquement les missions de programme. Ces chiffres traduisent une nette tendance du gouvernement du Québec à augmenter ses efforts financiers dans ce secteur d'activité par rapport à ses autres grandes missions gouvernementales.

Figure 57

Montants consacrés à la mission Santé et services sociaux, au Québec, de 1990-1991 à 2008-2009



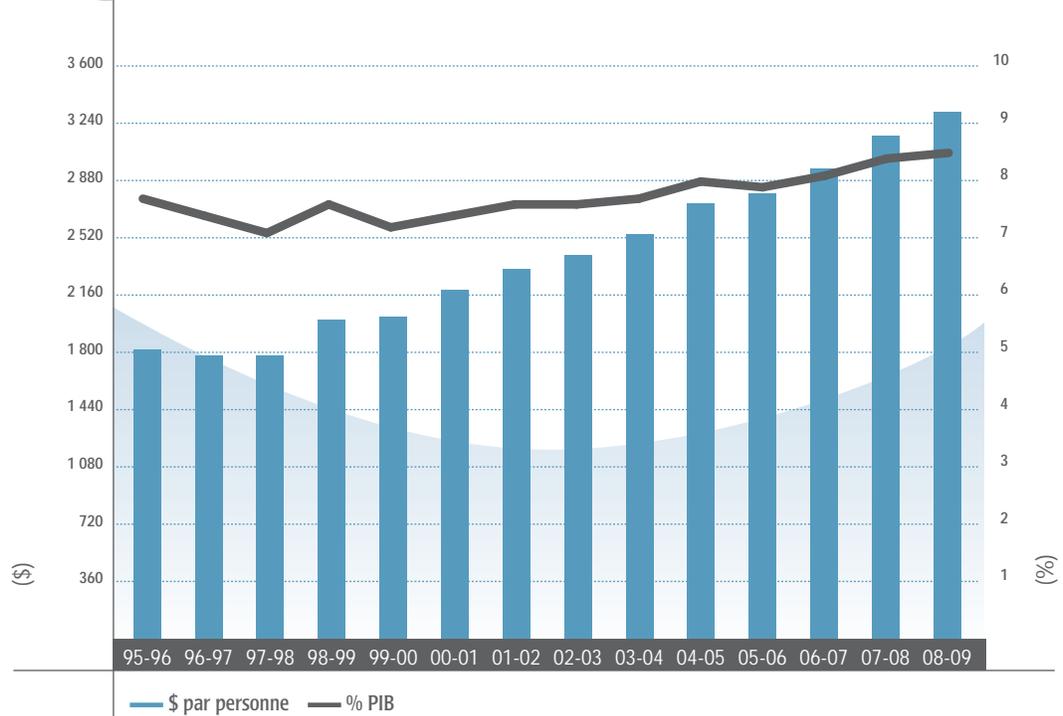
Sources : Comptes publics, ministère des Finances du Québec www.finances.gouv.qc.ca, et Budget de dépenses, Secrétariat du Conseil du trésor du Québec www.tresor.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau C1.

Figure 58

Montants consacrés
à la mission Santé et services sociaux
par personne et en proportion du PIB, au Québec,
de 1995-1996 à 2008-2009



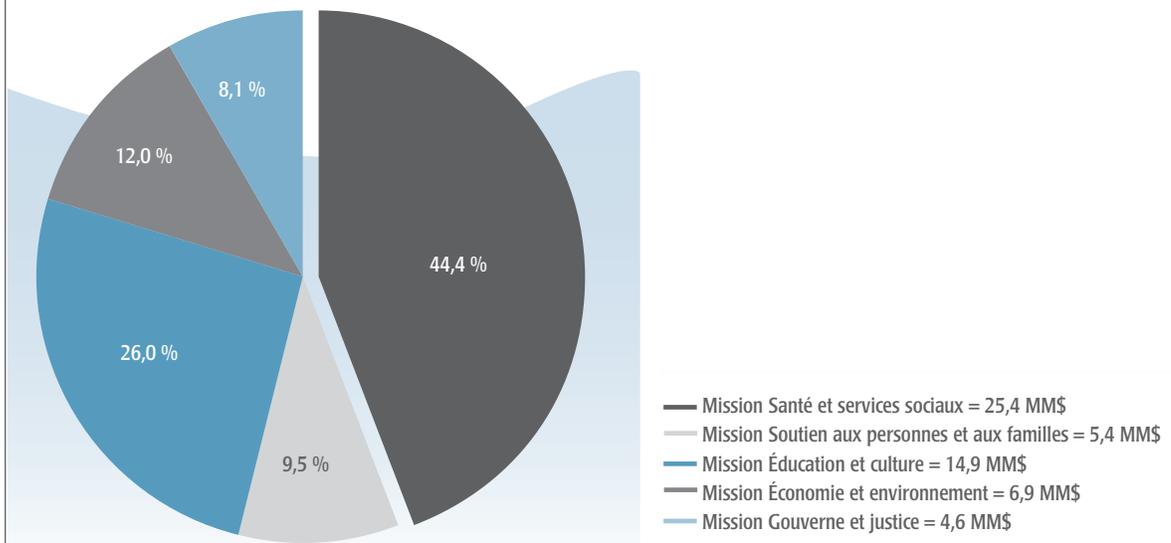
Sources : Comptes publics, ministère des Finances du Québec www.finances.gouv.qc.ca, et Budget de dépenses, Secrétariat du Conseil du trésor du Québec www.tresor.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau C1.

Figure 59-A

Répartition en pourcentage
du budget de dépenses du gouvernement du Québec,
selon la grande mission de programme,
en 2008-2009



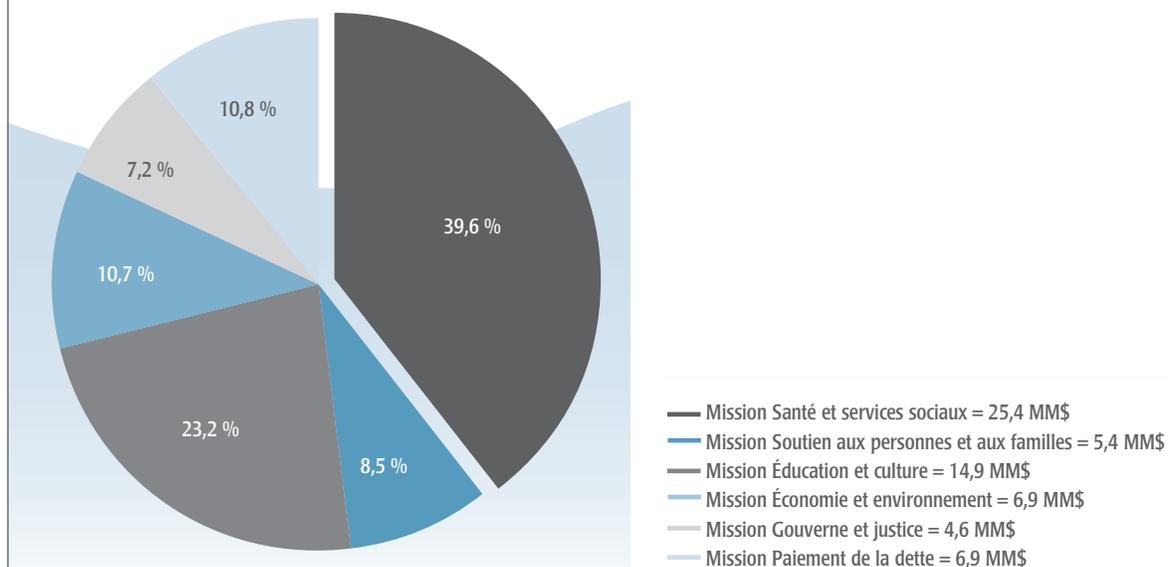
Sources : Comptes publics, ministère des Finances du Québec www.finances.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau C2.

Figure
59-B

Répartition en pourcentage
du budget de dépenses du gouvernement du Québec,
selon la grande mission,
en 2008-2009



Sources : Budget de dépenses, Secrétariat du Conseil du trésor du Québec www.tresor.gouv.qc.ca.

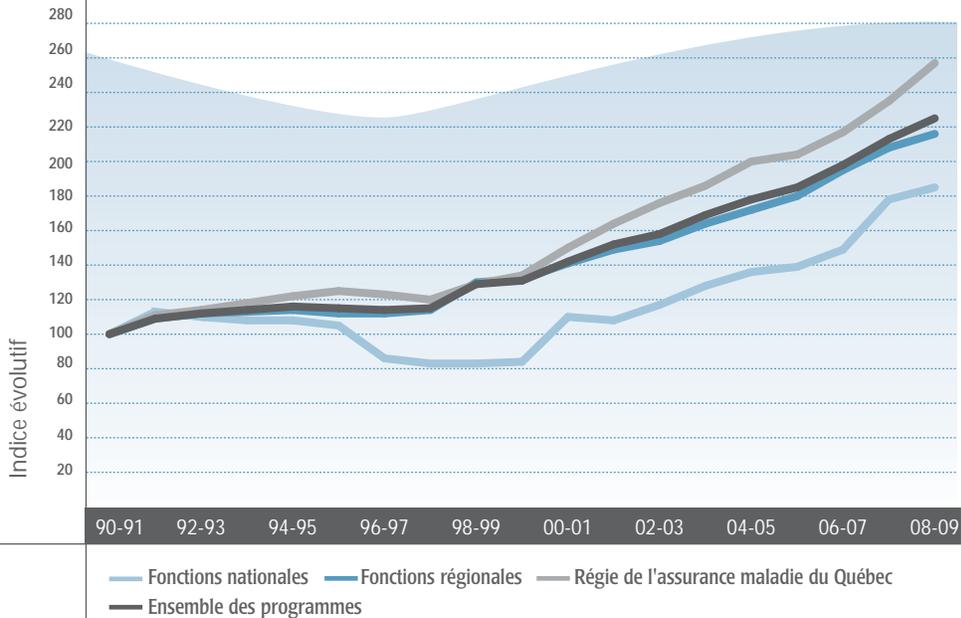
MSSS, SDI, mars 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau C2.

Dans la structure budgétaire du portefeuille Santé et services sociaux, le programme Fonctions régionales représente près de 72 % des montants alloués pour cette mission, en 2008-2009, une proportion légèrement inférieure à ce qu'elle était au début de la décennie 1990 (75 %). Les montants alloués à ce programme ont un peu plus que doublé durant cette période. Le programme RAMQ, quant à lui, accapare un peu plus du quart du total, en 2008-2009; cette proportion était de 23 % en 1990-1991. Au cours de cette période, c'est le programme qui a connu l'augmentation budgétaire la plus importante (157 %). Durant la même période, le programme Fonctions nationales connaissait une hausse de 85 %. Au total, les montants consacrés au portefeuille de la santé et des services sociaux sont passés de 11,3 milliards en 1990-1991 à plus de 25,4 milliards en 2008-2009, soit une augmentation de 125 %.

Figure
60

Indices évolutifs
des montants consacrés au portefeuille
de la santé et des services sociaux,
selon le programme de la structure budgétaire officielle
des Comptes publics du Québec,
de 1990-1991 à 2008-2009



Sources : Comptes publics, ministère des Finances du Québec www.finances.gouv.qc.ca, et Budget de dépenses, Secrétariat du Conseil du trésor du Québec www.tresor.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

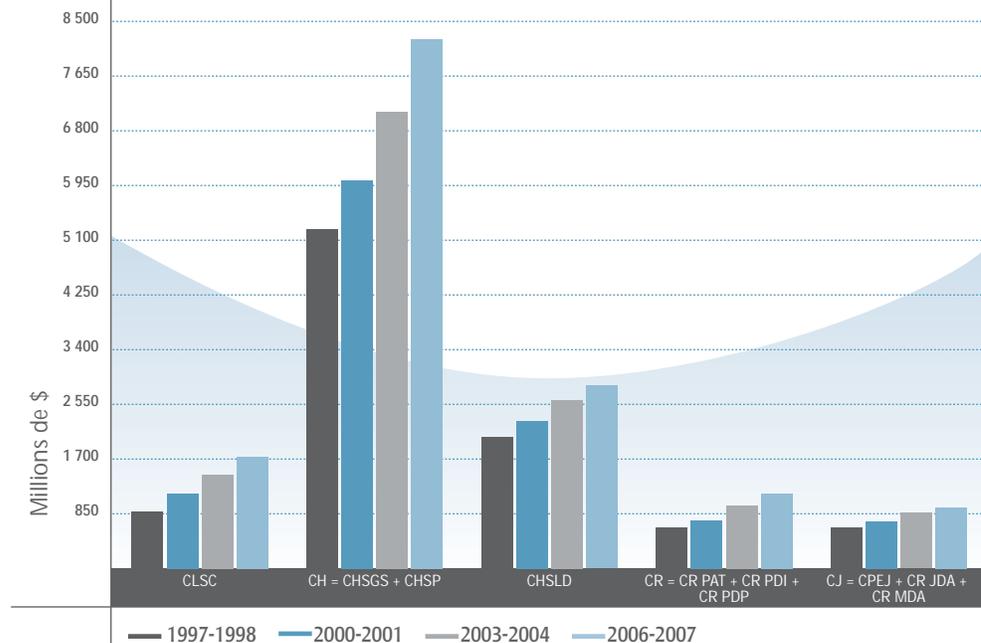
Données : Cahier statistique, Tableau C3.

Si on considère uniquement les dépenses liées au fonctionnement du réseau, et que l'on regarde la répartition des coûts directs bruts liés aux activités principales des établissements selon la mission ministérielle, on constate sans surprise que la mission CH regroupe 55 % du total, en 2006-2007, suivie de la mission CHSLD avec à peu près 19 %, deux proportions qui ont peu varié depuis 1997-1998. Les trois autres missions, c'est-à-dire CLSC, CR et CJ, se partagent les 26 % restants, la mission CLSC étant celle qui a vu sa part du « gâteau » augmenter le plus, passant de 9 à 12 % entre 1997-1998 et 2006-2007.

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 1990-1991, elle se situait à 63 % du total; en 2006-2007, elle atteint 71 %. Évidemment, en contrepartie, les dépenses consacrées au soutien (administration, fonctionnement, etc.) n'ont cessé de régresser au cours de la même période.

Figure
61

Dépenses d'exploitation

**des établissements publics et privés conventionnés
du réseau socio-sanitaire du Québec,**selon la mission exclusive, quel que soit l'établissement qui l'assume,
en 1997-1998, 2000-2001, 2003-2004 et 2006-2007Source : Système M30, regroupant les rapports financiers annuels des établissements publics et privés conventionnés du réseau (formulaire AS-471), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

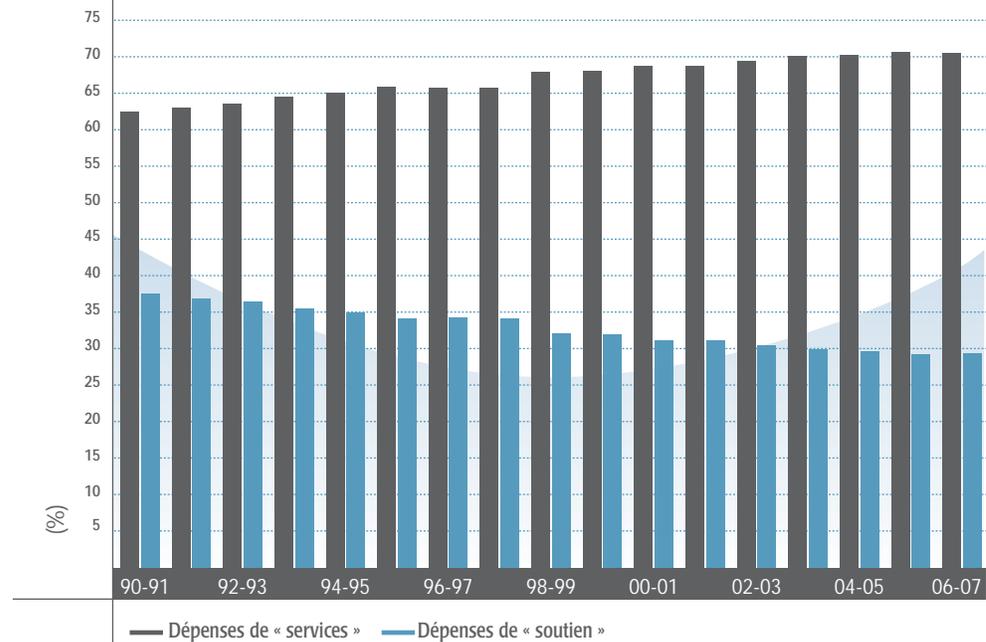
Données : Cahier statistique, Tableau C4.

Une autre façon de suivre l'évolution des dépenses socio-sanitaires est de les regarder sous l'angle des contours financiers des programmes-clientèles, des programmes-services et des programmes-soutien, un découpage des dépenses en vigueur au Ministère depuis 1993-1994. À noter qu'en 2001-2002, on est passé du découpage par programmes-clientèles, où les dépenses de soutien étaient incluses dans chaque programme, à la notion de programmes-services avec les programmes-soutien séparés. Sans surprise, le programme-services Santé physique accapare la plus grande part, soit 35 % en 2006-2007, suivi du programme-soutien Administration et soutien aux services (16 %) et du programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement (15 %).

En 2006-2007, les activités principales des établissements nécessitent quelque 388 millions d'heures rémunérées (correspond à la somme des salaires et des avantages sociaux), dont 76 % sont travaillées (correspond uniquement aux salaires). Plus de 68 % des coûts directs bruts sont constitués de salaires et d'avantages sociaux, une proportion en décroissance depuis le milieu des années 1990; en 1994-1995, cette proportion se situait à tout près de 77 %. Ainsi, entre 1994-1995 et 2006-2007, chaque heure travaillée a vu sa valeur moyenne s'accroître, passant de moins de 35 \$ à plus de 50 \$, les coûts globaux croissant plus rapidement que le nombre d'heures travaillées.

Figure 62

Répartition en pourcentage
des dépenses réelles nettes du réseau d'établissements
socio-sanitaires du Québec,
selon le champ d'application des dépenses,
de 1990-1991 à 2006-2007



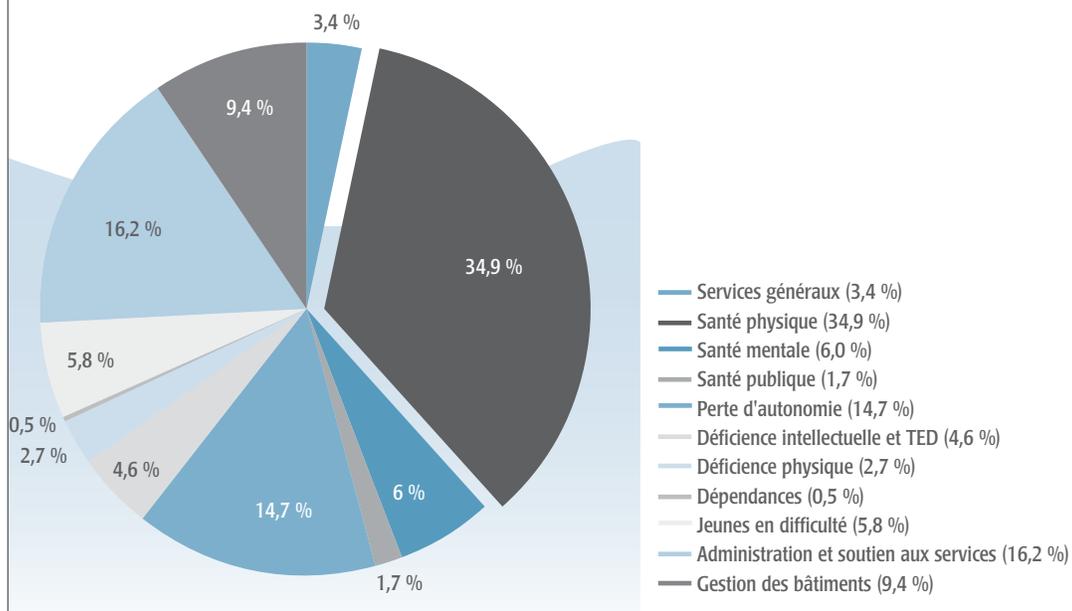
Source : Base de données SIFO, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca

MSSS, SDI, avril 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau C5.

Figure 63

Répartition en pourcentage
des dépenses nettes effectuées en santé
et en services sociaux,
selon le programme-services et le programme-soutien, au Québec,
en 2006-2007



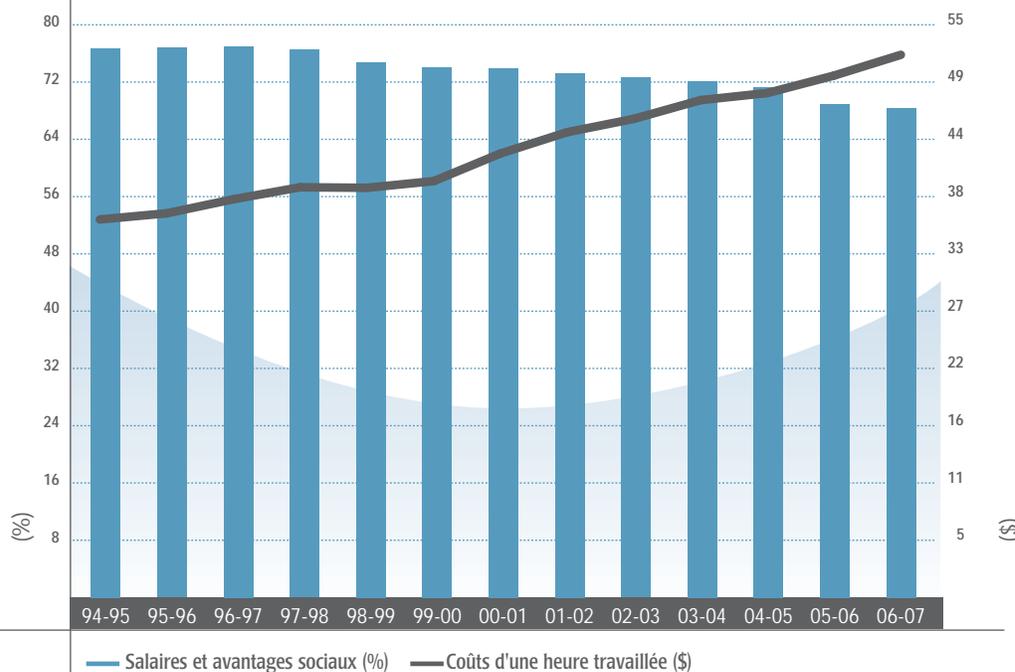
Source : Contour financier, Les programmes-services et les programmes-soutien du réseau de la santé et des services sociaux, 2006-2007, René Kirouac et Linda Cyr, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mars 2008, www.msss.gouv.qc.ca

MSSS, SDI, mars 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau C6.

Figure
64

Proportion des **coûts directs bruts alloués aux salaires et avantages sociaux** dans les établissements publics et privés conventionnés du réseau socio-sanitaire du Québec, et coût d'une heure travaillée, de 1994-1995 à 2006-2007



— Salaires et avantages sociaux (%) — Coûts d'une heure travaillée (\$)

Source : Base de données SIFO, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
www.msss.gouv.qc.ca

MSSS, SDI, avril 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau C7.

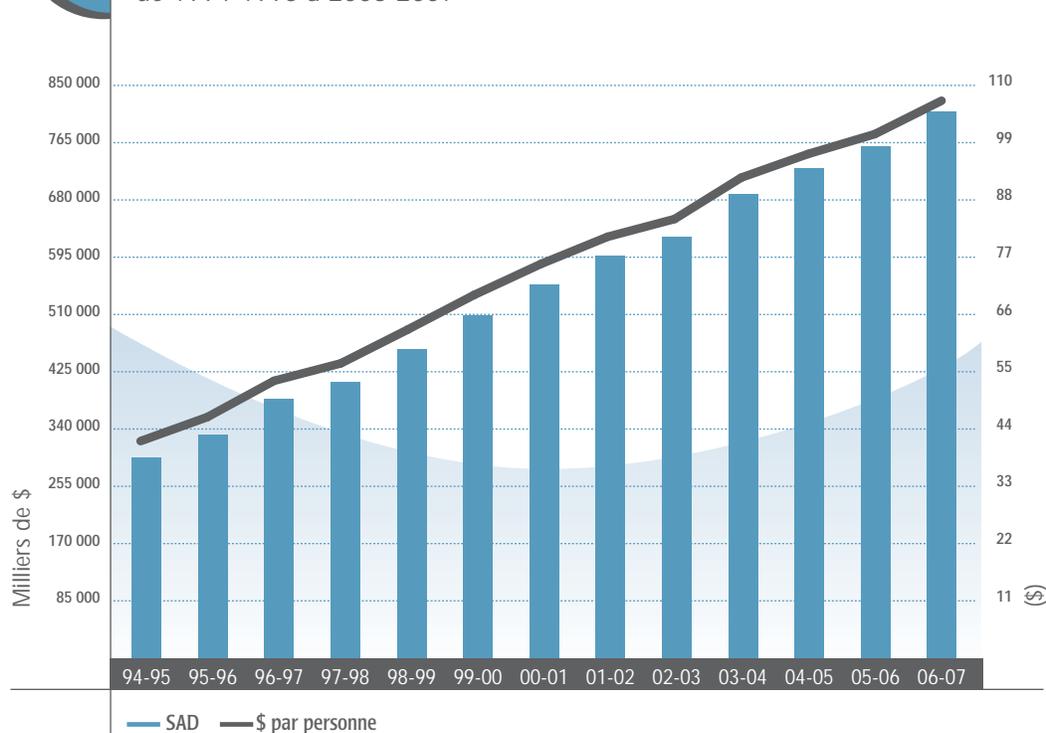
Le soutien à domicile

Il s'agit ici des dépenses nettes encourues pour des soins et de l'aide à domicile, incluant les dépenses d'administration et de fonctionnement, ainsi que les subventions accordées aux organismes communautaires qui dispensent des services à domicile, mais excluant les crédits d'impôt aux usagers qui achètent des services à domicile, ainsi que les montants payés aux entreprises d'économie sociale. Ces dépenses sont calculées à partir du contour financier des programmes-clientèles - entre 1994-1995 et 2000-2001 -, des programmes-services et des programmes-soutien - à partir de 2001-2002 - du Ministère. Ce sont ces chiffres qui sont utilisés dans le cadre des comparaisons à l'échelle canadienne.

En 1994-1995, le Québec a consacré un peu moins de 300 millions au soutien à domicile, soit 2,3 % des montants dévolus à l'ensemble de la mission Santé et services sociaux. En 2006-2007, c'est près de 812 millions qui sont alloués à ces services, ce qui correspond à 3,6 % de l'ensemble des dépenses de la mission. Au cours de cette période d'une douzaine d'années, le taux de croissance a varié de 4,5 % (en 2005-2006) à 15,6 % (en 1996-1997), soit une augmentation annuelle moyenne de l'ordre de 8,7 %. On est donc passé d'un montant par personne de 41,34 \$, alloué au soutien à domicile, à un montant de 106,74 \$, entre 1994-1995 et 2006-2007.

Figure
65

Montants consacrés
au soutien à domicile,
au Québec,
de 1994-1995 à 2006-2007



— SAD — \$ par personne

Source : Direction de l'allocation des ressources, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

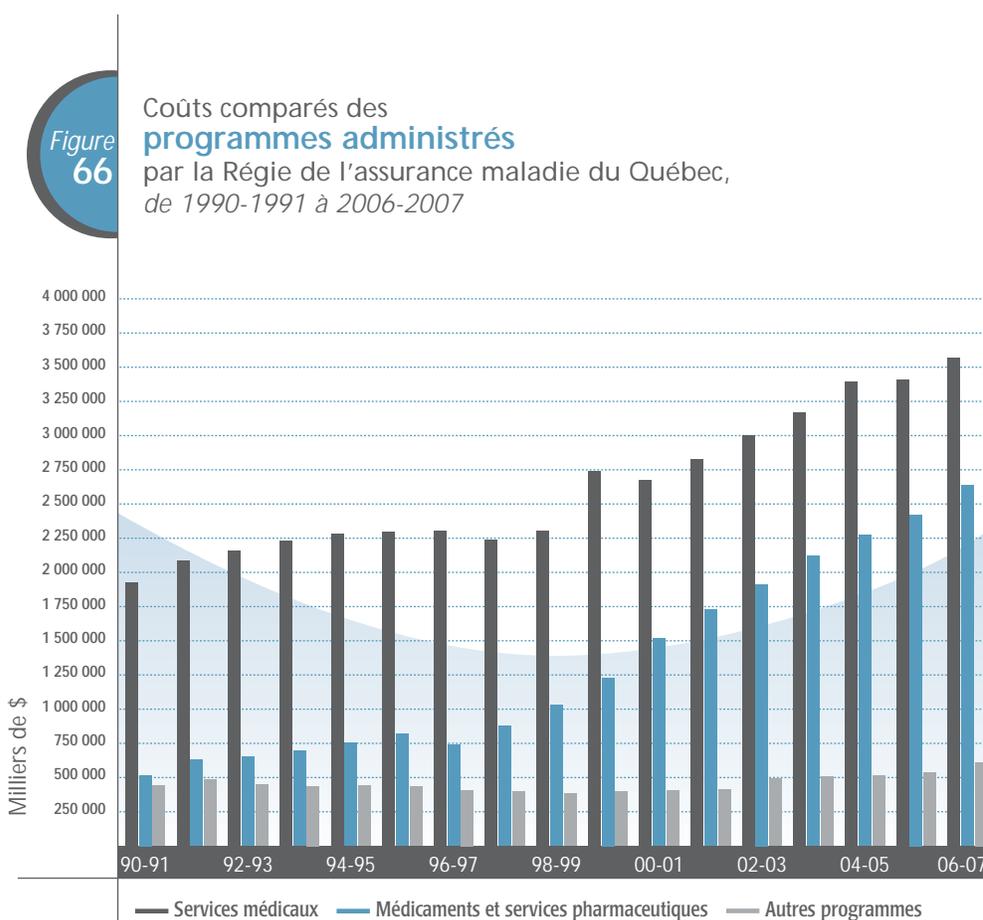
Données : Cahier statistique, Tableau C8.

Les programmes administrés par la RAMQ

Le coût des programmes administrés par la RAMQ a atteint plus de 6,8 milliards de dollars en 2006-2007, soit une hausse de 137 % par rapport à 1990-1991; il s'agit d'une augmentation annuelle moyenne de 5,5 %. Actuellement (2006-2007), le programme « Services médicaux » compte pour plus de 52 % des coûts de la RAMQ, et près de 94 % de cette portion des coûts servent à la rémunération des médecins; seize ans plus tôt, ces deux proportions se situaient respectivement à 67 % et 90 %. En 2006-2007, près de 79 % de la rémunération des médecins est effectuée sous le mode dit « à l'acte et à l'unité »; en 1990-1991, ce pourcentage était de 88 %. Le mode de rémunération dit « à salaire » est en régression (-14 % depuis 1990-1991), alors que celui dit « à honoraires forfaitaires » est en forte hausse (multiplié par 5 depuis 1990-1991).

En 1990, un omnipraticien gagnait en moyenne 98 637 \$ annuellement, alors qu'un spécialiste recevait 150 323 \$. En 2006, le montant moyen versé par la RAMQ à un omnipraticien est de 160 542 \$, alors que celui versé à un spécialiste est de 240 524 \$.

Entre 1990-1991 et 2006-2007, les coûts du programme «Médicaments et services pharmaceutiques» ont été multipliés par un facteur légèrement supérieur à 4. Il s'agit d'une augmentation annuelle moyenne de près de 11 %. La création du régime d'assurance médicaments, en 1997, a évidemment contribué à cette hausse. En 2006-2007, les coûts de ce programme dépassaient les 2,6 milliards de dollars. Il faut noter qu'une partie du régime est financée à même les contributions monétaires des participants au Fonds de l'assurance médicaments.



Source: Rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec, États financiers, années respectives www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Données: Cahier statistique, Tableau C9.

En grande majorité, soit près de 80 % de l'ensemble des montants versés, les médecins sont rémunérés sous le mode dit « à l'acte et à l'unité », bien que l'on note un léger recul de cette proportion depuis le début des années 2000. Après avoir quelque peu régressé dans la seconde moitié des années 1990, le mode de rémunération « à salaire » montre une certaine stabilité depuis ce temps. Par contre, le mode de rémunération dit « à honoraires forfaitaires », après avoir suivi une croissance modérée au cours des années 1990, connaît une forte hausse depuis le début de la décennie 2000. Aujourd'hui (2007), ce mode de rémunération couvre 20 % des montants versés aux médecins québécois.

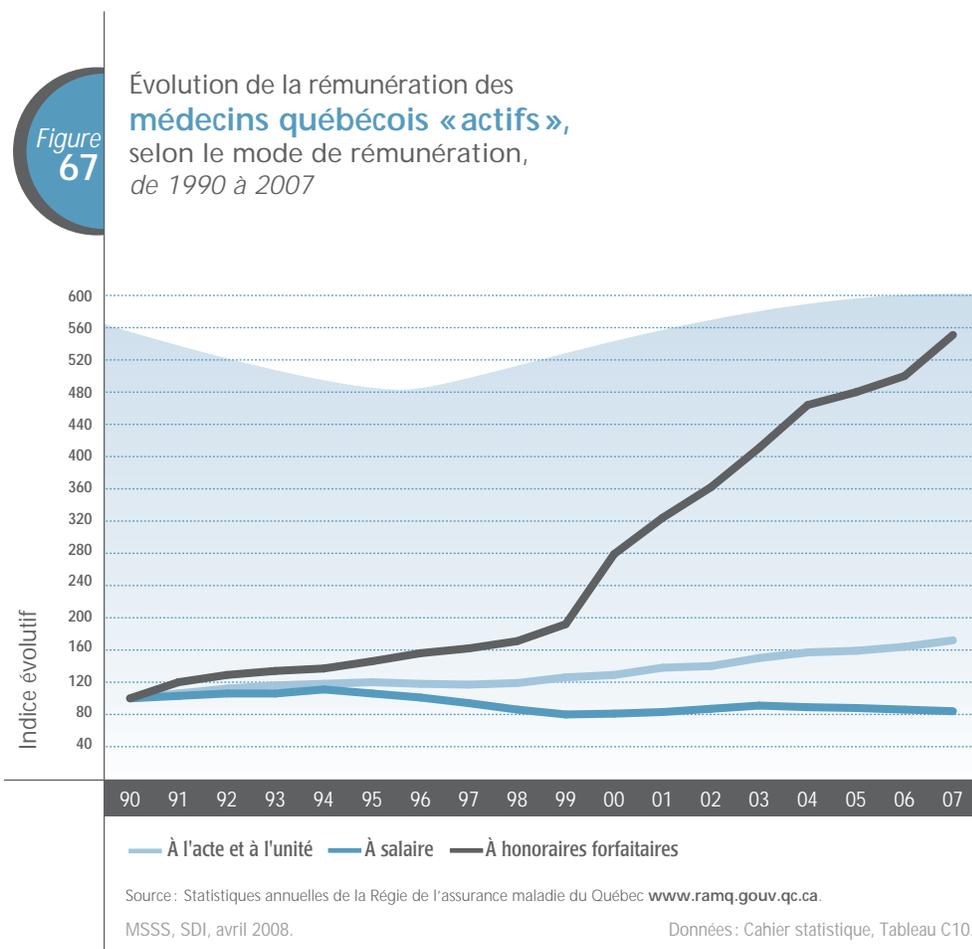
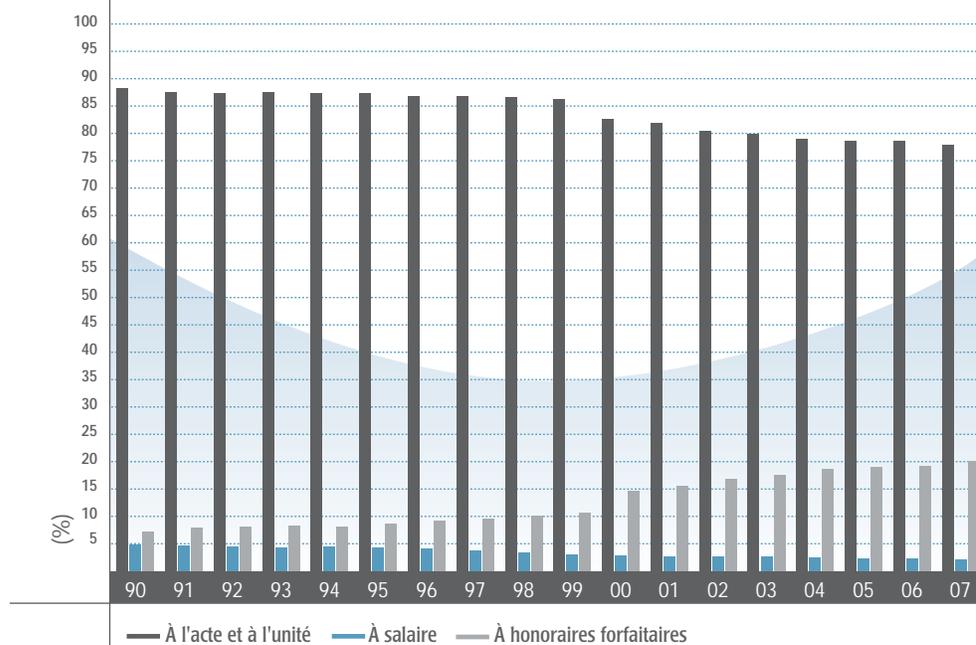


Figure
68

Répartition en pourcentage des montants payés aux médecins « actifs », selon le mode de rémunération, au Québec, de 1990 à 2007



Source : Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca

MSSS, SDI, avril 2008.

Données : Cahier statistique, Tableau C10.

Les services préhospitaliers d'urgence

Le budget total consacré aux services préhospitaliers d'urgence, pour l'année financière 2006-2007, a atteint quelque 357,7 millions, comparativement à 345,4 millions l'année précédente. S'ajoutent également les dépenses relatives au transport sanitaire aérien qui s'élèvent à 22 millions pour 2006-2007 et à 23 millions pour 2007-2008. En 2006-2007, le budget par personne des services préhospitaliers d'urgence est passé à 47,05 \$, comparativement à 45,64 \$ pour l'année précédente.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux assume à lui seul plus de 75 % du budget total des services préhospitaliers.

Le coût d'un transport ambulancier est généralement acquitté par l'utilisateur, sauf dans les cas suivants où les frais sont à la charge d'un tiers payeur :

- les personnes blessées dans un accident de la route;
- les personnes blessées au travail;
- les personnes victimes d'un acte criminel;
- les prestataires de l'aide de dernier recours;
- les anciens combattants;
- les usagers transportés entre deux établissements du réseau de la santé et des services sociaux;
- les personnes âgées de 65 ans ou plus;
- les membres des Forces armées canadiennes;
- les détenus;
- les Amérindiens et les Inuits conventionnés ou inscrits sur une réserve.

Selon le cas, les tiers payeurs peuvent être des organisations gouvernementales provinciales ou fédérales, des conseils de bande, des employeurs ou des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Les tiers payeurs procurent des revenus couvrant 19 % du budget des services préhospitaliers d'urgence; les usagers et leurs assureurs en assument 6 %.

En 2005-2006, le coût moyen d'un transport ambulancier s'élevait à 616,62 \$; en 2006-2007, il se situe à 610,78 \$.

Les organismes communautaires subventionnés

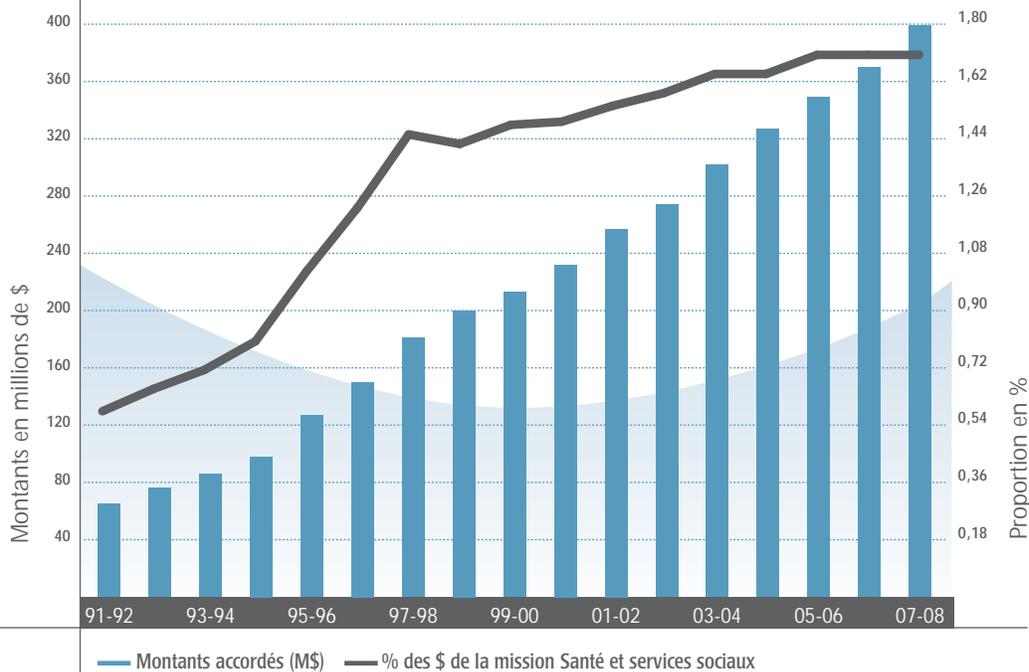
Depuis les quinze dernières années, les montants accordés aux organismes communautaires subventionnés ont été multipliés par un facteur de 6, passant de 65 millions, en 1991-1992, à plus de 399 millions, en 2007-2008, pour un taux de croissance annuel moyen de plus de 12 %.

En 1991-1992, les subventions accordées aux organismes communautaires correspondaient à 0,5 % de l'ensemble des montants consacrés à la mission Santé et services sociaux; en 2007-2008, cette proportion a plus que triplé, pour atteindre 1,6 %.

Des 399 millions de dollars accordés aux 3 397 organismes communautaires, en 2007-2008, 8,8 millions, ou 2,2 % du montant total, vont aux 122 organismes subventionnés par le palier national; le reste est subventionné à l'échelle régionale.

Figure
69

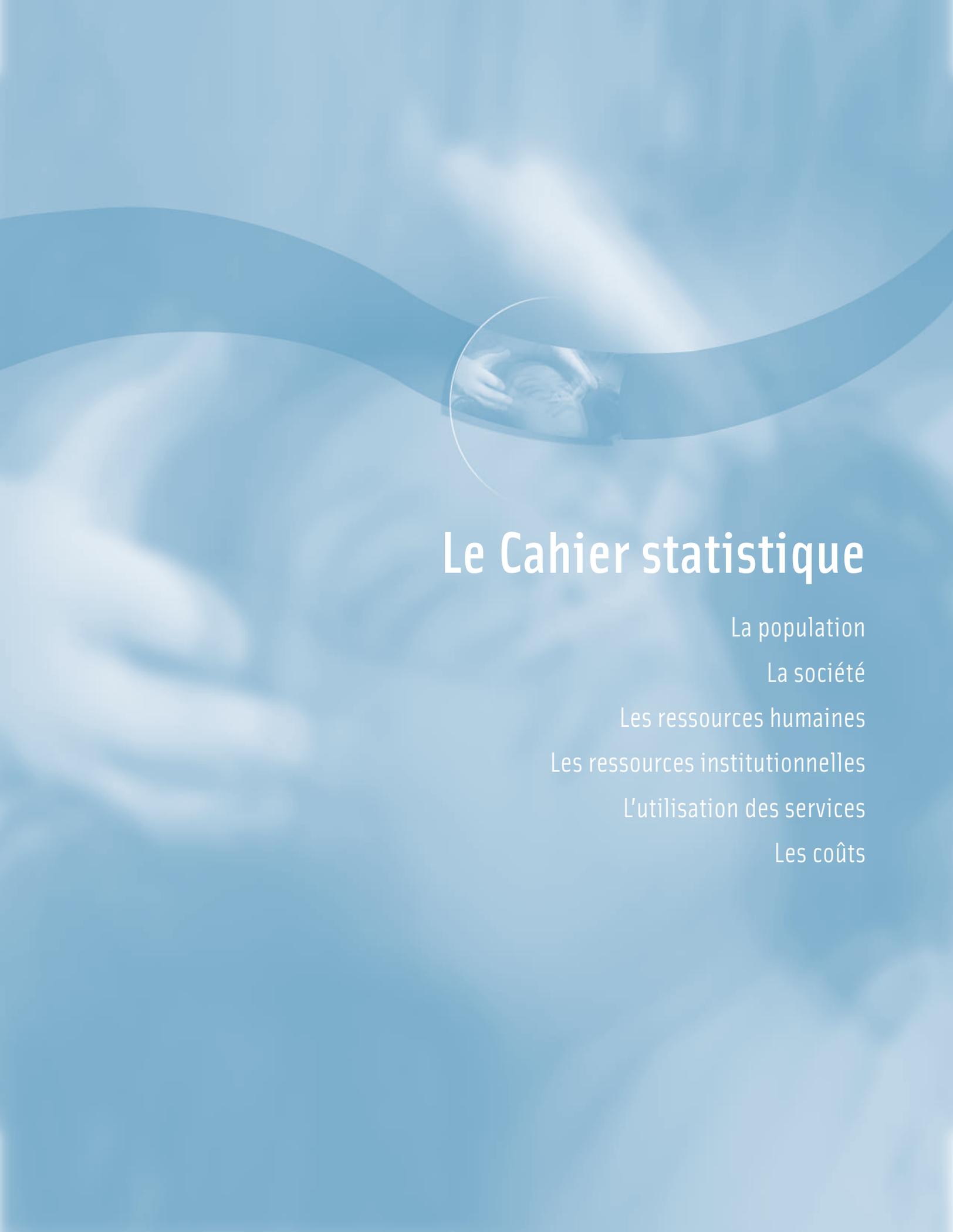
Montants accordés aux
**organismes communautaires,
et proportion par rapport aux dépenses**
de la mission Santé et services sociaux, au Québec,
de 1991-1992 à 2007-2008



Source: Système budgétaire et financier régionalisé (SBF-R), Service des activités communautaires, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Données: Cahier statistique, Tableau C15.



Le Cahier statistique

La population

La société

Les ressources humaines

Les ressources institutionnelles

L'utilisation des services

Les coûts

LE CAHIER STATISTIQUE

LA POPULATION

Les données populationnelles présentées dans les tableaux 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, 1996 et 2001); au moment de publier ce document, les données complètes du recensement canadien de 2006 ne sont pas encore disponibles. Les données correspondant aux années intercalées entre deux recensements sont le résultat d'estimations intercensitaires, alors que celles qui se rapportent à l'année 2002 et aux suivantes sont obtenues à l'aide de projections postcensitaires. Plusieurs données présentées dans ces tableaux ont été obtenues sur le site Internet de l'ISQ www.stat.gouv.qc.ca. Les autres proviennent de productions du Service de développement de l'information du MSSS.

Tableau
P1

Population du
Québec selon le groupe d'âge quinquennal et le sexe,
situation observée au 1^{er} juillet,
en 1961, 2008 et 2051

Groupe d'âge	1961			2008			2051		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
4 ans ou moins	328 683	342 573	671 256	183 708	192 078	375 786	157 806	164 821	322 627
5 à 9 ans	305 072	319 002	624 074	184 372	194 058	378 430	164 808	171 730	336 538
10 à 14 ans	278 414	289 651	568 065	215 821	226 813	442 634	169 586	176 886	346 472
15 à 19 ans	231 634	235 792	467 426	241 809	253 134	494 943	176 204	184 041	360 245
20 à 24 ans	188 557	181 076	369 633	229 665	241 328	470 993	189 641	198 011	387 652
25 à 29 ans	181 772	180 795	362 567	255 647	268 640	524 287	205 328	214 367	419 695
30 à 34 ans	187 996	185 262	373 258	249 165	262 882	512 047	217 780	227 671	445 451
35 à 39 ans	180 713	176 928	357 641	242 405	253 831	496 236	224 129	233 975	458 104
40 à 44 ans	155 742	152 351	308 093	285 019	294 198	579 217	226 988	236 182	463 170
45 à 49 ans	137 279	137 795	275 074	324 636	327 902	652 538	225 825	234 139	459 964
50 à 54 ans	117 910	118 350	236 260	310 655	306 139	616 794	229 107	239 258	468 365
55 à 59 ans	95 508	94 155	189 663	273 063	263 133	536 196	259 999	266 553	526 552
60 à 64 ans	76 474	73 426	149 900	237 497	224 403	461 900	254 308	257 798	512 106
65 à 69 ans	60 215	56 708	116 923	181 635	165 236	346 871	245 923	245 986	491 909
70 à 74 ans	46 681	41 549	88 230	144 201	120 186	264 387	250 946	242 490	493 436
75 à 79 ans	29 691	26 211	55 902	130 699	96 283	226 982	212 564	193 424	405 988
80 à 84 ans	16 052	13 567	29 619	100 355	60 256	160 611	191 752	158 268	350 020
85 à 89 ans	6 753	5 294	12 047	60 239	27 962	88 201	178 876	129 178	308 054
90 ans ou plus	2 209	1 371	3 580	31 718	10 611	42 329	174 951	100 919	275 870
Total	2 627 355	2 631 856	5 259 211	3 882 309	3 789 073	7 671 382	3 956 521	3 875 697	7 832 218

Sources : Données populationnelles, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca; Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
P2

Proportion décennale de
personnes âgées de 65 ans ou plus
parmi la population québécoise,
situation observée au 1^{er} juillet, de 1961 à 2051

Année	Population totale	Personnes âgées de 65 ans ou plus	Proportion (%)
1961	5 259 211	306 301	5,8
1971	6 155 600	419 300	6,8
1981	6 547 705	573 209	8,8
1991	7 064 586	782 272	11,1
2001	7 396 988	965 143	13,0
2011	7 766 718	1 237 844	15,9
2021	8 014 407	1 703 582	21,3
2031	8 106 967	2 183 655	26,9
2041	8 017 350	2 275 282	28,4
2051	7 832 218	2 325 277	29,7

Sources : Données populationnelles, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca; Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, janvier 2007.

Tableau
P3

Population du
Québec selon certains groupes d'âge,
situation observée au 1^{er} juillet, de 1971 à 2026
(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
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	2 785,5
1977	6 455,1	1 542,3	4 407,2	505,9	2 852,0
1978	6 463,4	1 497,0	4 443,7	520,6	2 917,6
1979	6 488,8	1 458,7	4 491,8	538,2	2 982,6
1980	6 528,2	1 429,0	4 543,8	555,4	3 062,8
1981	6 547,7	1 407,7	4 566,8	573,2	3 120,0
1982	6 579,3	1 395,2	4 595,0	589,2	3 069,5
1983	6 602,3	1 384,2	4 614,9	603,3	3 127,2
1984	6 631,2	1 375,3	4 637,0	618,9	3 178,4
1985	6 665,7	1 365,8	4 662,2	637,7	3 237,1
1986	6 708,5	1 358,0	4 692,6	657,8	3 294,4
1987	6 782,5	1 363,3	4 735,9	683,3	3 363,9
1988	6 839,0	1 367,8	4 765,3	705,9	3 404,6
1989	6 928,7	1 378,2	4 819,4	731,2	3 461,2
1990	7 003,9	1 387,7	4 859,5	756,7	3 505,4
1991	7 064,6	1 396,7	4 885,6	782,3	3 510,9
1992	7 108,0	1 404,3	4 902,8	801,0	3 481,0
1993	7 155,3	1 407,8	4 928,3	819,2	3 493,7
1994	7 191,9	1 403,7	4 952,7	835,5	3 529,9
1995	7 219,4	1 391,3	4 975,5	852,6	3 540,9
1996	7 246,9	1 380,9	4 997,1	869,0	3 551,7
1997	7 274,6	1 365,3	5 019,1	890,3	3 582,3
1998	7 296,0	1 351,5	5 035,1	909,3	3 631,5
1999	7 323,3	1 334,7	5 062,2	926,4	3 670,5
2000	7 357,0	1 319,5	5 091,7	945,9	3 717,5
2001	7 397,0	1 305,1	5 126,8	965,1	3 771,1
2002	7 443,2	1 296,4	5 164,9	981,9	3 907,7
2003	7 486,1	1 286,8	5 198,6	1 000,7	3 992,8

Sources : Données populationnelles, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca; Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, juin 2008.

Population du
Québec selon certains groupes d'âge,
situation observée au 1^{er} juillet, de 1971 à 2026
(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
2004	7 527,5	1 274,6	5 231,0	1 021,8	4 024,1
2005	7 566,4	1 256,0	5 266,4	1 044,0	4 052,7
2006	7 603,1	1 234,6	5 298,6	1 069,9	4 094,2
2007	7 637,7	1 214,2	5 325,6	1 097,9	4 150,1
2008	7 671,4	1 196,9	5 345,2	1 129,4	4 184,3 ¹
2009	7 704,1	1 182,4	5 358,8	1 162,9	n. d.
2010	7 735,9	1 169,8	5 367,4	1 198,7	n. d.
2011	7 766,7	1 159,0	5 370,0	1 237,8	n. d.
2012	7 796,5	1 151,9	5 362,9	1 281,7	n. d.
2013	7 825,3	1 149,3	5 350,6	1 325,4	n. d.
2014	7 853,0	1 149,7	5 333,5	1 369,8	n. d.
2015	7 879,6	1 150,4	5 315,6	1 413,5	n. d.
2016	7 905,0	1 152,6	5 293,4	1 459,0	n. d.
2017	7 929,4	1 154,0	5 271,3	1 504,1	n. d.
2018	7 952,5	1 155,8	5 246,0	1 550,6	n. d.
2019	7 974,4	1 155,4	5 218,4	1 600,6	n. d.
2020	7 995,1	1 154,7	5 187,7	1 652,7	n. d.
2021	8 014,4	1 153,6	5 157,2	1 703,6	n. d.
2022	8 032,2	1 152,1	5 122,1	1 758,0	n. d.
2023	8 048,4	1 149,8	5 085,2	1 813,4	n. d.
2024	8 062,8	1 146,9	5 048,2	1 867,7	n. d.
2025	8 075,3	1 143,1	5 010,8	1 921,4	n. d.
2026	8 085,8	1 138,4	4 973,3	1 974,1	n. d.

1. Moyenne de janvier à avril 2008.

Sources : Données populationnelles, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca; Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, juin 2008.

Rapport de dépendance quinquennal
au sein de la population québécoise,
situation observée au 1^{er} juillet, de 1971 à 2051

Année	14 ans ou moins	15 à 64 ans	65 ans ou plus	Total	Rapport de dépendance ¹
1971	1 799 631	3 919 151	418 524	6 137 306	56,6
1976	1 575 557	4 332 407	488 803	6 396 767	47,6
1981	1 407 676	4 566 820	573 209	6 547 705	43,4
1986	1 358 022	4 692 641	657 805	6 708 468	43,0
1991	1 396 670	4 885 644	782 272	7 064 586	44,6
1996	1 380 862	4 997 072	868 962	7 246 896	45,0
2001	1 305 110	5 126 735	965 143	7 396 988	44,3
2006	1 234 565	5 298 514	1 070 012	7 603 091	43,5
2011	1 158 989	5 369 885	1 237 844	7 766 718	44,6
2016	1 152 519	5 293 434	1 459 078	7 905 031	49,3
2021	1 153 624	5 157 201	1 703 582	8 014 407	55,4
2026	1 138 448	4 973 184	1 974 218	8 085 850	62,6
2031	1 104 380	4 818 932	2 183 655	8 106 967	68,2
2036	1 061 532	4 765 141	2 253 443	8 080 116	69,6
2041	1 027 754	4 714 314	2 275 282	8 017 350	70,1
2046	1 012 360	4 597 541	2 320 869	7 930 770	72,5
2051	1 005 637	4 501 304	2 325 277	7 832 218	74,0

1. Il s'agit du rapport entre la somme des personnes âgées de moins de 15 ans et de 65 ans ou plus et celles âgées de 15 à 64 ans, le tout multiplié par 100.

Sources : Données populationnelles, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca; Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2007.

Tableau
P5

Solde migratoire
au sein de la population québécoise,
migrations nationale et internationale nettes,
de 1971 à 2007

Année	Migration internationale			Migration interprovinciale			Solde migratoire total
	Immigrants	Émigrants	Solde	Entrants	Sortants	Solde	
1971	19 222	12 722	6 500	38 738	63 743	-25 005	-18 505
1972	18 592	4 384	14 208	36 150	56 042	-19 892	-5 684
1973	26 871	6 856	20 015	39 632	54 362	-14 730	5 285
1974	33 458	7 039	26 419	39 310	51 162	-11 852	14 567
1975	28 042	5 688	22 354	34 457	46 797	-12 340	10 014
1976	29 282	4 666	24 616	31 592	52 393	-20 801	3 815
1977	19 248	4 781	14 467	24 424	70 960	-46 536	-32 069
1978	14 290	5 165	9 125	24 482	57 906	-33 424	-24 299
1979	19 534	3 956	15 578	23 627	53 652	-30 025	-14 447
1980	22 591	2 731	19 860	21 913	46 196	-24 283	-4 423
1981	21 213	3 642	17 571	23 564	46 113	-22 549	-4 978
1982	21 387	4 715	16 672	19 941	48 110	-28 169	-11 497
1983	16 416	5 098	11 318	22 348	41 428	-19 080	-7 762
1984	14 698	4 563	10 135	25 230	36 173	-10 943	-808
1985	14 885	3 522	11 363	25 426	31 449	-6 023	5 340
1986	19 476	4 298	15 178	26 012	29 032	-3 020	12 158
1987	26 846	4 010	22 836	26 039	33 449	-7 410	15 426
1988	25 588	3 506	22 082	27 839	34 842	-7 003	15 079
1989	33 946	3 909	30 037	29 454	37 833	-8 379	21 658
1990	41 043	3 593	37 450	26 864	36 431	-9 567	27 883
1991	51 947	6 667	45 280	24 524	37 571	-13 047	32 233
1992	48 838	7 799	41 039	25 480	35 265	-9 785	31 254
1993	44 977	7 983	36 994	24 545	31 971	-7 426	29 568
1994	28 094	9 527	18 567	22 718	32 970	-10 252	8 315
1995	27 228	9 028	18 200	23 115	33 363	-10 248	7 952
1996	29 806	8 871	20 935	20 848	36 206	-15 358	5 577
1997	27 934	11 166	16 768	20 354	37 913	-17 559	-791
1998	26 626	10 299	16 327	20 156	34 668	-14 512	1 815
1999	29 179	9 176	20 003	19 977	31 689	-11 712	8 291
2000	32 502	9 306	23 196	22 051	33 284	-11 233	11 963
2001	37 572	8 024	29 548	23 184	29 572	-6 388	23 160
2002	37 579	6 578	31 001	23 195	27 423	-4 228	26 773
2003	39 558	5 804	33 754	23 526	23 308	218	33 972
2004	44 244	7 089	37 155	23 215	26 512	-3 297	33 858
2005	43 314	7 228	36 086	21 998	28 832	-6 834	29 252
2006 ^P	44 681	7 282	37 399	24 148	37 063	-12 915	24 484
2007 ^P	45 224	7 330	37 894	24 932	39 376	-14 444	23 450

p : Données provisoires.

Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

LA SOCIÉTÉ

Cette section contient des données évolutives de base liées à certaines caractéristiques démographiques, économiques et sociales de la population québécoise. Ces données ont été puisées essentiellement à même le site Internet de l'Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca. Seules les données sur l'assistance-emploi proviennent d'une autre source, soit le site Internet du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale www.mess.gouv.qc.ca.

Tableau
S1

Nombre de mariages¹ et taux de nuptialité², au Québec, de 1900 à 2006

Année	Mariages (n)	Taux (0/00)	Année	Mariages (n)	Taux (0/00)	Année	Mariages (n)	Taux (0/00)
1900	10 103	6,5	1936	21 654	7,0	1972	53 967	8,7
1901	10 075	6,1	1937	24 876	7,9	1973	52 133	8,4
1902	10 671	6,4	1938	25 044	7,9	1974	51 890	8,3
1903	11 125	6,6	1939	28 911	9,0	1975	51 690	8,2
1904	11 900	7,0	1940	35 069	10,7	1976	50 961	8,0
1905	11 565	6,7	1941	32 782	9,8	1977	48 182	7,5
1906	12 131	7,0	1942	33 857	10,0	1978	46 189	7,2
1907	11 668	6,6	1943	33 856	9,8	1979	46 154	7,1
1908	11 971	6,5	1944	31 922	9,1	1980	44 849	6,9
1909	13 467	7,1	1945	33 211	9,3	1981	41 006	6,3
1910	14 333	7,3	1946	36 650	10,1	1982	38 360	5,8
1911	15 254	7,6	1947	35 494	9,6	1983	36 147	5,5
1912	16 055	7,9	1948	34 646	9,1	1984	37 416	5,6
1913	17 253	8,3	1949	33 485	8,6	1985	37 026	5,6
1914	16 121	7,7	1950	34 093	8,6	1986	33 108	4,9
1915	15 437	7,2	1951	35 704	8,8	1987	32 588	4,8
1916	16 643	7,6	1952	35 374	8,5	1988	33 469	4,9
1917	16 936	7,7	1953	35 968	8,4	1989	33 305	4,8
1918	12 975	5,8	1954	35 516	8,1	1990	32 059	4,6
1919	21 590	9,4	1955	35 356	7,8	1991	28 922	4,1
1920	21 587	9,3	1956	37 290	8,1	1992	25 821	3,6
1921	18 659	7,9	1957	37 135	7,8	1993	25 018	3,5
1922	16 609	6,9	1958	36 229	7,4	1994	24 984	3,5
1923	17 361	7,1	1959	37 124	7,4	1995	24 237	3,3
1924	17 591	7,1	1960	36 211	7,0	1996	23 963	3,3
1925	17 427	6,8	1961	35 943	6,8	1997	23 918	3,3
1926	17 827	6,8	1962	37 038	6,9	1998	22 940	3,1
1927	18 551	7,0	1963	37 358	6,8	1999	22 910	3,1
1928	19 126	7,0	1964	39 400	7,1	2000	24 911	3,4
1929	19 610	7,1	1965	40 893	7,2	2001	21 961	3,0
1930	18 543	6,6	1966	44 411	7,7	2002	21 986	3,0
1931	16 783	5,8	1967	46 275	7,9	2003	21 145	2,8
1932	15 115	5,2	1968	46 004	7,8	2004	21 279	2,8
1933	15 337	5,2	1969	47 545	7,9	2005	22 244	2,9
1934	18 242	6,0	1970	49 607	8,2	2006 ^p	21 918	2,9
1935	19 967	6,5	1971	49 695	8,1			

p: Données provisoires.

1. Les mariages de conjoints de même sexe sont inclus depuis 2004.

2. Le taux de nuptialité est égal au nombre de mariages divisé par la population totale, exprimé en « taux pour 1 000 personnes ».

Sources : Institut de la statistique du Québec, depuis 1975 www.stat.gouv.qc.ca; Bureau fédéral de la statistique, de 1926 à 1974; Annuaires du Québec, de 1900 à 1925.

Tableau
S2

Nombre de
divorces et indice synthétique de divortialité¹,
au Québec,
de 1969 à 2004

Année	Divorces (n)	Indice synthétique pour 100 mariages
1969	2 947	8,8
1970	4 865	14,0
1971	5 203	14,6
1972	6 426	17,5
1973	8 091	21,5
1974	12 272	32,1
1975	14 093	36,1
1976	15 186	37,8
1977	14 501	35,2
1978	14 865	35,1
1979	14 379	33,2
1980	13 899	31,7
1981	19 193	43,5
1982	18 579	40,8
1983	17 365	39,3
1984	16 845	37,9
1985	15 814	35,8
1986	19 026	43,5
1987	22 098	51,2
1988	20 340	47,8
1989	19 829	47,3
1990	20 474	49,6
1991	20 277	49,6
1992	19 695	49,2
1993	19 662	50,2
1994	18 224	47,5
1995	20 133	54,0
1996	18 078	49,0
1997	17 478	48,7
1998	16 916	48,9
1999	17 144	50,3
2000	17 054	51,4
2001	17 094	52,4
2002	16 499	50,4
2003	16 738	53,6
2004	15 999	52,4

1. Proportion des mariages qui se termineraient par un divorce, selon les conditions de divortialité d'une année donnée; somme des taux de divortialité par durée de mariage.

Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Taux de
chômage¹ au sein de la population québécoise,
selon le sexe, moyenne annuelle,
de 1976 à 2008

Année	Hommes	Femmes	Les deux sexes
1976	8,1	9,7	8,7
1977	9,7	11,5	10,4
1978	10,4	12,0	11,0
1979	9,0	11,0	9,7
1980	9,5	10,9	10,0
1981	10,0	11,4	10,5
1982	14,0	14,0	14,0
1983	14,3	14,0	14,2
1984	12,9	13,3	13,1
1985	12,5	12,1	12,3
1986	10,8	11,5	11,1
1987	9,9	10,5	10,2
1988	9,0	10,2	9,5
1989	9,6	9,7	9,6
1990	10,3	10,5	10,4
1991	12,6	11,6	12,1
1992	13,4	11,8	12,7
1993	13,9	12,4	13,2
1994	13,1	11,4	12,3
1995	11,8	11,0	11,5
1996	12,5	11,2	11,9
1997	12,0	10,7	11,4
1998	10,4	10,1	10,3
1999	9,7	8,9	9,3
2000	8,7	8,2	8,5
2001	9,0	8,5	8,8
2002	9,1	8,1	8,6
2003	9,7	8,5	9,1
2004	9,1	7,8	8,5
2005	9,0	7,5	8,3
2006	8,5	7,5	8,0
2007	7,9	6,4	7,2
2008 ²	..	..	7,2

1. En % de la population active, c'est-à-dire la population âgée de 15 ans ou plus, apte au travail et à la recherche d'un emploi.

2. Moyenne de janvier à mai 2008.

Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, juin 2008.

Tableau
S4

Nombre de
ménages et de prestataires ayant recours à l'assistance-emploi,
adultes et enfants, au Québec, moyenne annuelle,
de 1997-1998 à 2007-2008

Année	Ménages	Adultes	Prestataires	
			Enfants	Total
1997-1998 ¹	453 195	512 031	234 234	746 265
1998-1999	417 011	476 370	204 070	680 440
1999-2000	396 141	450 344	181 766	632 110
2000-2001	376 523	426 688	163 454	590 142
2001-2002	363 995	411 351	150 884	562 235
2002-2003	358 164	403 671	142 929	546 600
2003-2004	353 485	397 191	136 078	533 269
2004-2005	348 687	390 723	130 516	521 239
2005-2006	341 314	381 130	124 615	505 745
2006-2007	338 695	376 934	120 866	497 800
2007-2008	335 010	371 991	117 479	489 470

1. Chiffres de septembre 1997.

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale www.mess.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Nombre de
naissances¹ et taux de natalité²,
au Québec,
de 1900 à 2007

Année	Naissances n	Taux (0/00)	Année	Naissances n	Taux (0/00)
1900	61 834	39,5	1954	135 975	31,0
1901	62 245	37,8	1955	136 270	30,2
1902	63 568	38,2	1956	138 631	30,0
1903	62 440	37,1	1957	144 432	30,3
1904	64 750	38,2	1958	143 710	29,3
1905	67 068	39,1	1959	144 459	28,8
1906	67 890	39,4	1960	141 224	27,5
1907	66 474	37,3	1961	139 857	26,6
1908	69 228	37,7	1962	138 163	25,7
1909	77 144	40,6	1963	136 491	24,9
1910	77 349	39,3	1964	133 863	24,0
1911	77 466	38,6	1965	123 279	21,7
1912	78 906	38,7	1966	112 757	19,5
1913	81 744	39,5	1967	104 803	17,9
1914	83 188	39,5	1968	100 548	17,0
1915	85 055	39,7	1969	99 503	16,6
1916	83 634	38,4	1970	96 512	16,1
1917	84 595	38,2	1971	93 743	15,3
1918	87 075	38,7	1972	88 118	14,3
1919	82 566	36,1	1973	89 412	14,4
1920	85 271	36,7	1974	91 433	14,6
1921	88 749	37,6	1975	96 268	15,2
1922	88 377	36,7	1976	98 022	15,3
1923	83 579	34,2	1977	97 266	15,1
1924	86 930	34,8	1978	96 202	14,9
1925	87 527	34,3	1979	99 893	15,4
1926	82 165	31,6	1980	97 498	15,0
1927	83 064	31,3	1981	95 247	14,5
1928	83 621	30,8	1982	90 540	13,8
1929	81 380	29,4	1983	87 739	13,3
1930	83 625	29,6	1984	87 610	13,2
1931	83 606	29,1	1985	86 008	12,9
1932	82 216	28,1	1986	84 579	12,6
1933	76 920	25,9	1987	83 600	12,3
1934	76 432	25,3	1988	86 358	12,6
1935	75 267	24,6	1989	91 751	13,2
1936	75 285	24,3	1990	98 013	14,0
1937	75 635	24,1	1991	97 348	13,8
1938	78 145	24,6	1992	96 054	13,5
1939	79 621	24,7	1993	92 322	12,9
1940	83 857	25,6	1994	90 417	12,6
1941	89 209	26,8	1995	87 258	12,1
1942	95 031	28,0	1996	85 130	11,7
1943	98 744	28,6	1997	79 724	11,0
1944	102 262	29,2	1998	75 865	10,4
1945	104 283	29,3	1999	73 599	10,0
1946	111 285	30,7	2000	72 010	9,8
1947	115 553	31,1	2001	73 699	10,0
1948	114 709	30,3	2002	72 478	9,7
1949	116 824	30,1	2003	73 916	9,9
1950	121 842	30,7	2004	74 068	9,8
1951	123 196	30,4	2005	76 341	10,0
1952	127 939	30,7	2006 ^p	82 100	10,7
1953	130 583	30,6	2007 ^p	84 200	10,9

p: Données provisoires.

1. Il s'agit de naissances vivantes.

2. Nombre de naissances vivantes divisé par la population totale, exprimé en « taux pour 1 000 personnes ».

Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, juin 2008.

Tableau
S6

Indicateurs statistiques sur les naissances, au Québec, de 1951 à 2007

Année	Naissances ¹ (n)	Taux de natalité ² (0/00)	Indice synthétique de fécondité ³	Âge moyen de la mère ⁴	Âge moyen de la mère ⁵ au 1 ^{er} enfant
1951	123 196	30,4	3,85	29,6	...
1952	127 939	30,7	3,91	29,5	...
1953	130 583	30,6	3,96	29,4	...
1954	135 975	31,0	4,04	29,4	...
1955	136 270	30,2	4,00	29,3	...
1956	138 631	30,0	3,99	29,3	...
1957	144 432	30,3	4,09	29,2	...
1958	143 710	29,3	4,01	29,1	...
1959	144 459	28,8	3,99	29,0	...
1960	141 224	27,5	3,86	28,9	...
1961	139 857	26,6	3,78	28,8	...
1962	138 163	25,7	3,67	28,8	...
1963	136 491	24,9	3,56	28,7	...
1964	133 863	24,0	3,42	28,6	...
1965	123 279	21,7	3,07	28,5	...
1966	112 757	19,5	2,72	28,4	...
1967	104 803	17,9	2,45	28,2	...
1968	100 548	17,0	2,28	28,0	...
1969	99 503	16,6	2,20	28,0	...
1970	96 512	16,1	2,09	27,9	...
1971	93 743	15,3	1,94	27,9	...
1972	88 118	14,3	1,77	27,9	...
1973	89 412	14,4	1,74	27,7	...
1974	91 433	14,6	1,72	27,6	...
1975	96 268	15,2	1,75	27,4	25,0
1976	98 022	15,3	1,74	27,3	25,2
1977	97 266	15,1	1,69	27,4	25,3
1978	96 202	14,9	1,66	27,4	25,4
1979	99 893	15,4	1,70	27,4	25,4
1980	97 498	15,0	1,63	27,4	25,4
1981	95 247	14,5	1,57	27,5	25,5
1982	90 540	13,8	1,48	27,4	25,5
1983	87 739	13,3	1,43	27,4	25,6
1984	87 610	13,2	1,42	27,5	25,7
1985	86 008	12,9	1,39	27,5	25,7
1986	84 579	12,6	1,37	27,5	25,8
1987	83 600	12,3	1,36	27,6	25,9
1988	86 358	12,6	1,42	27,6	25,9
1989	91 751	13,2	1,51	27,6	25,9
1990	98 013	14,0	1,63	27,7	26,0
1991	97 348	13,8	1,65	27,8	26,1
1992	96 054	13,5	1,67	27,9	26,2
1993	92 322	12,9	1,64	27,9	26,2
1994	90 417	12,6	1,64	28,0	26,3
1995	87 258	12,1	1,62	28,1	26,4
1996	85 130	11,7	1,61	28,2	26,4
1997	79 724	11,0	1,54	28,3	26,6
1998	75 865	10,4	1,49	28,3	26,7
1999	73 599	10,0	1,47	28,5	26,8
2000	72 010	9,8	1,45	28,5	27,0
2001	73 699	10,0	1,49	28,7	27,1
2002	72 478	9,7	1,47	28,9	27,3
2003	73 916	9,9	1,49	29,1	27,6
2004	74 068	9,8	1,48	29,3	27,8
2005	76 341	10,0	1,52	29,3	27,8
2006 ^p	82 100	10,7	1,62	29,5	27,9
2007 ^p	84 200	10,9	1,65	29,6	28,0

p : Données provisoires.

... : Donnée non disponible

1. Il s'agit de naissances vivantes.

2. Nombre de naissances divisé par la population totale, exprimé en « taux pour 1 000 personnes ».

3. Nombre moyen d'enfants par femme selon les conditions de fécondité d'une année donnée; somme des taux de fécondité par âge, de 13 à 49 ans.

4. Au moment de la naissance.

5. Au moment de la naissance du premier enfant.

Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, juin 2008.

Nombre d'interruptions volontaires
**de grossesse, d'hystérectomies,
 de ligatures des trompes et de vasectomies,**
 au Québec,
 de 1976 à 2006

Année	IVG ¹	Hystérectomie	Ligature des trompes	Vasectomie ²
1971	1 275	19 376	5 705	6 527
1972	2 412	20 144	13 389	15 329
1973	2 774	21 857	23 425	8 647
1974	4 093	20 576	28 394	8 305
1975	5 280	19 549	28 806	8 157
1976	7 139	17 373	27 395	7 771
1977	8 069	19 476	31 806	9 991
1978	9 704	19 137	32 368	13 777
1979	11 488	17 805	27 477	14 161
1980	14 288	20 210	26 705	15 317
1981	14 193	17 358	23 517	13 000
1982	15 385	17 845	24 636	15 541
1983	15 200	20 175	23 287	15 134
1984	16 004	19 528	22 880	17 189
1985	15 702	18 207	22 041	17 981
1986	15 971	15 174	19 818	6 519
1987	15 475	16 379	18 574	8 021
1988	17 068	15 344	15 379	15 918
1989	18 411	14 315	13 959	16 584
1990	22 219	15 680	14 514	18 336
1991	23 261	15 309	13 469	19 159
1992	24 619	15 126	13 771	20 678
1993	26 106	14 498	13 203	17 939
1994	26 131	14 720	13 152	18 247
1995	26 072	14 907	13 393	19 671
1996	27 184	13 715	13 090	20 006
1997	27 993	12 902	12 085	20 163
1998	28 833	13 004	11 401	18 974
1999	28 058	12 519	9 946	18 113
2000	28 245	12 791	9 479	17 270
2001	28 489	12 214	8 659	15 958
2002	29 140	12 389	7 997	14 966
2003	29 429	11 868	7 205	14 431
2004	29 460	11 661	6 242	13 510
2005	28 080	10 892	5 557	13 519
2006	28 255	10 442	4 660	12 752

1. Les IVG effectuées dans les CLSC et dans les établissements où des IVG non rémunérées à l'acte sont pratiquées ne sont pas incluses.

2. La RAMQ n'a pas remboursé les frais des vasectomies pendant plusieurs mois en 1986 et 1987.

Sources : Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca;
 Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Tableau
S8

Taux d'interruption volontaire
de grossesse, d'hystérectomie et de stérilisation,
au Québec,
de 1976 à 2006

Année	IVG ¹				Hystérectomies ²		Ligatures des trompes ³		Vasectomies ⁴	
	Taux ⁵ (0/0)	Taux ⁶ (0/00)	Indice synthétique	Âge moyen	Indice synthétique	Indice synthétique	Âge moyen	Indice synthétique	Âge moyen	
1976	7,3	7,3	128,4	27,3	337,0	614,2	35,1	184,1	35,5	
1977	8,3	5,1	142,2	27,0	370,3	689,3	34,9	227,9	35,4	
1978	10,1	6,1	168,8	26,9	364,5	684,1	34,8	306,6	35,5	
1979	11,5	7,2	196,8	26,6	333,6	562,0	34,5	306,6	35,0	
1980	14,7	8,8	241,9	26,5	375,3	530,8	34,4	317,7	34,5	
1981	14,9	8,6	239,2	26,5	318,5	453,3	34,1	260,1	34,1	
1982	17,0	9,3	259,9	26,4	319,7	462,1	33,8	302,8	34,1	
1983	17,3	9,2	258,0	26,4	353,0	427,6	33,8	291,6	34,2	
1984	18,3	9,7	273,2	26,2	333,1	412,4	33,8	324,4	34,4	
1985	18,3	9,4	270,3	26,2	300,8	388,9	33,7	329,1	34,5	
1986	18,9	9,6	276,7	26,1	246,0	343,9	33,6	118,4	34,0	
1987	18,5	9,2	270,1	25,9	253,1	316,2	33,6	138,8	34,3	
1988	19,8	10,2	302,4	25,8	227,9	258,6	33,7	270,9	35,0	
1989	20,1	10,9	328,6	25,8	202,7	231,1	33,7	277,7	35,2	
1990	22,7	13,1	400,2	25,8	213,4	238,1	33,7	303,3	35,2	
1991	23,9	13,8	425,6	25,7	203,1	220,6	33,7	314,9	35,2	
1992	25,6	14,6	456,6	25,8	193,9	226,5	33,5	338,2	35,1	
1993	28,3	15,6	492,7	25,6	183,7	218,3	33,5	292,0	35,1	
1994	28,9	15,7	497,9	25,8	180,0	219,2	33,5	297,5	35,1	
1995	29,9	15,7	502,3	25,8	179,0	225,6	33,6	321,7	35,2	
1996	31,9	16,4	528,4	25,9	162,7	222,9	33,7	330,0	35,4	
1997	35,4	17,1	550,2	25,9	149,2	209,8	33,6	335,8	35,4	
1998	38,1	17,7	573,0	25,9	150,7	200,7	33,9	321,6	35,4	
1999	38,1	17,4	561,5	25,9	141,6	177,7	34,0	310,0	35,7	
2000	39,2	17,7	568,6	25,9	142,6	171,0	34,4	298,3	35,9	
2001	38,7	17,9	574,3	26,1	135,3	157,9	34,5	277,4	36,0	
2002	40,2	18,5	587,7	26,2	135,7	146,7	34,7	261,6	36,2	
2003	39,8	18,8	594,3	26,2	132,5	133,2	35,0	253,8	36,4	
2004	39,8	18,9	593,9	26,2	131,3	115,8	35,3	238,9	36,4	
2005	36,8	18,1	565,4	26,3	120,3	103,9	35,4	240,1	36,6	
2006	34,4	18,3	568,3	26,3	113,3	87,5	35,7	227,4	36,6	

1. Les IVG effectuées dans les CLSC et dans les établissements où des IVG non rémunérées à l'acte sont pratiquées ne sont pas incluses.
L'indice synthétique correspond à la somme des taux d'IVG par âge.

2. Pour les hystérectomies, l'indice synthétique est calculé jusqu'à 49 ans. Le taux d'hystérectomie est calculé pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.
L'indice synthétique correspond à la somme des taux d'hystérectomie par âge.

3. Le taux de ligature des trompes est calculé pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. L'indice synthétique correspond à la somme des taux de ligature par âge.

4. La RAMQ n'a pas remboursé les frais des vasectomies pendant plusieurs mois en 1986 et 1987. Le taux de vasectomie est calculé pour 1 000 hommes âgés de 15 à 59 ans. L'indice synthétique correspond à la somme des taux de vasectomie par âge.

5. Il s'agit du nombre d'IVG pour 100 naissances vivantes.

6. Il s'agit du nombre d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans.

Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Nombre de
décès et taux brut de mortalité¹,
au Québec,
de 1900 à 2007

Année	Décès (n)	Taux (‰)	Année	Décès (n)	Taux (‰)	Année	Décès (n)	Taux (‰)
1900	32 778	21,0	1936	31 853	10,3	1972	42 525	6,9
1901	32 219	19,6	1937	35 456	11,3	1973	43 052	6,9
1902	27 408	16,5	1938	32 609	10,2	1974	43 337	6,9
1903	30 876	18,3	1939	33 388	10,3	1975	43 537	6,9
1904	30 549	18,0	1940	32 799	10,0	1976	43 801	6,8
1905	29 071	17,0	1941	34 338	10,3	1977	43 182	6,7
1906	29 969	17,4	1942	33 799	10,0	1978	43 653	6,8
1907	29 007	16,3	1943	35 069	10,1	1979	42 793	6,6
1908	35 052	19,1	1944	34 813	9,9	1980	43 515	6,7
1909	33 231	17,5	1945	33 348	9,4	1981	42 765	6,5
1910	35 183	17,9	1946	33 690	9,3	1982	43 485	6,6
1911	35 904	17,9	1947	33 708	9,1	1983	44 150	6,7
1912	32 980	16,2	1948	33 603	8,9	1984	44 544	6,7
1913	36 200	17,5	1949	34 107	8,8	1985	45 662	6,9
1914	36 002	17,1	1950	33 507	8,4	1986	46 964	7,0
1915	35 933	16,8	1951	34 900	8,6	1987	47 626	7,0
1916	38 206	17,6	1952	34 854	8,4	1988	47 981	7,0
1917	35 501	16,0	1953	34 469	8,1	1989	48 336	7,0
1918	48 902	21,8	1954	33 169	7,6	1990	48 651	6,9
1919	35 170	15,4	1955	33 952	7,5	1991	49 243	7,0
1920	40 686	17,5	1956	35 042	7,6	1992	48 963	6,9
1921	33 433	14,2	1957	36 234	7,6	1993	51 831	7,2
1922	33 459	13,9	1958	35 774	7,3	1994	51 389	7,1
1923	35 148	14,4	1959	36 390	7,2	1995	52 722	7,3
1924	32 356	13,0	1960	35 129	6,8	1996	52 278	7,2
1925	32 300	12,7	1961	37 044	7,0	1997	54 281	7,5
1926	37 251	14,3	1962	37 142	6,9	1998	54 306	7,4
1927	36 175	13,6	1963	38 217	7,0	1999	54 959	7,5
1928	36 632	13,5	1964	37 552	6,7	2000	53 287	7,2
1929	37 221	13,4	1965	38 534	6,8	2001	54 372	7,4
1930	35 945	12,7	1966	38 680	6,7	2002	55 748	7,5
1931	34 487	12,0	1967	38 665	6,6	2003	54 972	7,3
1932	33 088	11,3	1968	39 537	6,7	2004	55 614	7,4
1933	31 636	10,6	1969	40 103	6,7	2005 ^P	55 960	7,4
1934	31 929	10,6	1970	40 392	6,7	2006 ^P	53 800	7,0
1935	32 839	10,7	1971	41 192	6,7	2007 ^P	56 100	7,3

p : Données provisoires.

1. Nombre de décès divisé par la population totale, exprimé en « taux pour 1 000 personnes ».

Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, juin 2008.

Tableau
S10

Nombre de
décès infantiles¹ et taux de mortalité infantile²,
selon le sexe, au Québec,
de 1971 à 2007

Année	Nombre de décès			Taux pour 1 000 naissances		
	Sexe masculin	Sexe féminin	Sexes réunis	Sexe masculin	Sexe féminin	Sexes réunis
1971	938	686	1 624	19,4	15,1	17,3
1972	862	657	1 519	19,0	15,4	17,2
1973	803	581	1 384	17,4	13,5	15,5
1974	753	570	1 323	16,0	12,8	14,5
1975	765	519	1 284	15,4	11,3	13,4
1976	620	505	1 125	12,3	10,6	11,5
1977	650	507	1 157	12,9	10,8	11,9
1978	635	471	1 106	12,8	10,1	11,5
1979	598	424	1 022	11,7	8,8	10,3
1980	533	407	940	10,6	8,6	9,6
1981	442	355	797	9,0	7,7	8,3
1982	474	333	807	10,4	7,6	9,0
1983	378	290	668	8,3	6,8	7,6
1984	392	268	660	8,7	6,3	7,5
1985	337	280	617	7,6	6,7	7,2
1986	345	259	604	8,0	6,3	7,1
1987	373	228	601	8,7	5,6	7,2
1988	320	246	566	7,3	5,9	6,6
1989	365	264	629	7,8	5,9	6,9
1990	355	264	619	7,1	5,6	6,4
1991	321	257	578	6,4	5,4	5,9
1992	302	220	522	6,1	4,7	5,4
1993	308	224	532	6,4	5,0	5,7
1994	291	213	504	6,3	4,8	5,6
1995	273	200	473	6,1	4,7	5,4
1996	219	175	394	5,0	4,2	4,6
1997	244	195	439	6,0	5,0	5,5
1998	230	195	425	5,9	5,2	5,6
1999	197	166	363	5,2	4,6	4,9
2000	216	127	343	5,8	3,6	4,8
2001	194	156	350	5,1	4,3	4,7
2002	187	159	346	5,0	4,5	4,8
2003	164	158	322	4,3	4,4	4,4
2004	172	169	341	4,5	4,7	4,6
2005 ^P	212	145	357	5,4	3,9	4,7
2006 ^P	217	192	410	5,2	4,8	5,0
2007 ^P	205	171	376	4,7	4,2	4,5

p: Données provisoires.

1. Enfants nés vivants qui décèdent avant leur premier anniversaire.

2. Proportion des enfants nés vivants qui décèdent avant leur premier anniversaire, exprimée en « taux pour 1 000 naissances vivantes ».

Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, juin 2008.

Taux de
mortalité¹ et taux de mortalité périnatale²,
néonatale³ et infantile⁴,
au Québec,
de 1976 à 2005

Année	Taux de mortalité		Taux de mortalité (0/00)				
	(0/00)	périnatale	précoce ⁵	néonatale tardive ⁶	totale	post-néonatale ⁷	infantile
1976	7,8	14,2	6,5	1,3	7,8	3,7	11,5
1977	7,8	14,8	7,1	1,3	8,3	3,5	11,9
1978	6,6	13,5	6,9	1,4	8,2	3,3	11,5
1979	6,8	12,9	6,2	1,0	7,2	3,0	10,2
1980	6,0	11,6	5,6	1,0	6,6	3,1	9,6
1981	6,5	11,5	5,1	1,0	6,0	2,3	8,4
1982	5,9	10,9	5,0	0,9	5,9	3,0	8,9
1983	5,6	10,1	4,5	0,9	5,4	2,2	7,6
1984	5,5	10,1	4,6	0,9	5,4	2,1	7,5
1985	5,2	9,4	4,2	0,8	5,0	2,2	7,2
1986	4,9	9,4	4,5	0,7	5,3	1,9	7,1
1987	5,5	9,6	4,2	0,7	4,8	2,4	7,2
1988	4,4	8,3	3,8	0,7	4,5	2,0	6,6
1989	4,8	8,8	4,0	0,8	4,7	2,1	6,9
1990	4,3	7,9	3,7	0,8	4,5	1,9	6,3
1991	4,7	8,0	3,3	0,7	4,0	1,9	5,9
1992	4,3	7,3	3,1	0,5	3,6	1,9	5,4
1993	4,1	7,3	3,2	0,6	3,9	1,9	5,7
1994	4,0	7,1	3,1	0,7	3,8	1,7	5,6
1995	4,2	7,3	3,2	0,7	3,9	1,5	5,4
1996	3,9	6,8	2,9	0,5	3,4	1,2	4,6
1997	4,1	7,2	3,1	0,8	3,9	1,6	5,5
1998	4,2	7,5	3,3	0,7	4,0	1,6	5,6
1999	4,3	7,0	2,7	0,6	3,3	1,6	4,9
2000	4,3	7,0	2,7	0,7	3,5	1,3	4,8
2001	4,3	7,3	3,0	0,5	3,6	1,2	4,7
2002	3,9	6,9	3,0	0,6	3,6	1,1	4,8
2003	3,6	6,3	2,8	0,6	3,4	1,0	4,4
2004	4,0	7,0	3,1	0,6	3,7	0,9	4,6
2005 ^P	3,8	6,7	2,9	0,5	3,4	0,9	4,3

p : Données provisoires.

1. Le taux de mortalité est égal au nombre de mortinaissances divisé par la somme des naissances et des mortinaissances, le tout multiplié par 1 000; il est exprimé en « taux pour 1 000 naissances vivantes ou non ». Une mortinaissance est un enfant mort-né.
2. Le taux de mortalité périnatale est égal au nombre de mortinaissances ajouté au nombre de décès infantiles survenus chez des enfants âgés de moins de 7 jours, divisé par la somme des naissances et des mortinaissances, le tout multiplié par 1 000; il est exprimé en « taux pour 1 000 naissances vivantes ou non ».
3. Le taux de mortalité néonatale est égal au nombre de décès infantiles survenus chez des enfants âgés de moins de 28 jours, divisé par le nombre de naissances vivantes, le tout multiplié par 1 000; il est exprimé en « taux pour 1 000 naissances vivantes ».
4. Le taux de mortalité infantile est égal au nombre d'enfants nés vivants qui décèdent avant leur premier anniversaire, divisé par le nombre de naissances vivantes, le tout multiplié par 1 000; il est exprimé en « taux pour 1 000 naissances vivantes ».
5. Le taux de mortalité néonatale précoce est égal au nombre de décès infantiles survenus chez des enfants âgés de moins de 7 jours, divisé par le nombre de naissances vivantes, le tout multiplié par 1 000; il est exprimé en « taux pour 1 000 naissances vivantes ».
6. Le taux de mortalité néonatale tardive est égal au nombre de décès infantiles survenus chez des enfants âgés de 7 à 27 jours, divisé par le nombre de naissances vivantes, le tout multiplié par 1 000; il est exprimé en « taux pour 1 000 naissances vivantes ».
7. Le taux de mortalité post-néonatale est égal au nombre de décès infantiles survenus chez des enfants âgés de 28 jours à moins d'un an, divisé par le nombre de naissances vivantes, le tout multiplié par 1 000; il est exprimé en « taux pour 1 000 naissances vivantes ».

Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca

MSSS, SDI, janvier 2008.

Tableau
S12

Espérance de vie à la naissance et à 65 ans,
selon le sexe, au Québec,
pour les périodes triennales
de 1980-1982 à 2005-2007

Âge et sexe	1980-1982	1985-1987	1990-1992	1995-1997	2000-2002	2005-2007 ^p
À la naissance						
Hommes	71,18	72,16	73,69	74,60	76,29	78,26
Femmes	78,87	79,65	80,84	80,99	81,88	83,18
Écart	7,69	7,49	7,15	6,39	5,59	4,92
Sexes réunis	74,97	75,90	77,32	77,87	79,18	80,83
À 65 ans						
Hommes	14,08	14,22	15,20	15,46	16,48	17,95
Femmes	18,70	19,00	19,86	19,77	20,36	21,45
Écart	4,62	4,78	4,66	4,31	3,88	3,50
Sexes réunis	16,53	16,78	17,74	17,83	18,62	19,89

p : Données provisoires.

Source : Institut de la statistique du Québec www.stat.gouv.qc.ca

MSSS, SDI, juin 2008.

LES RESSOURCES HUMAINES

Ici, les tableaux illustrent l'évolution du volume de ressources humaines au sein du système sociosanitaire québécois. On y cible trois grands groupes particuliers d'effectifs : les professionnels rémunérés par la RAMQ, dont, au premier chef, les médecins, omnipraticiens et spécialistes; le personnel cadre et syndiqué du réseau d'établissements sociosanitaires, dont en particulier les trois catégories de personnel infirmier (infirmières, infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires); et le personnel administratif, cadres et syndiqués, du MSSS et de la RAMQ. Les données présentées dans ces tableaux ont été recueillies au Ministère, à la RAMQ, ainsi que dans les fichiers de professionnels transmis par la RAMQ.

Tableau
H1

Nombre de
médecins « actifs¹ » pour 1 000 personnes,
selon la catégorie de médecins, au Québec,
de 1990 à 2007

Année civile	Omnipraticiens		Spécialistes		Ensemble des médecins	
	Nombre	/ 1 000 pers.	Nombre	/ 1 000 pers.	Nombre	/ 1 000 pers.
1990	7 093	1,01	6 772	0,97	13 865	1,98
1991	7 085	1,00	6 883	0,97	13 968	1,98
1992	7 131	1,00	6 941	0,98	14 072	1,98
1993	7 099	0,99	7 131	1,00	14 230	1,99
1994	7 153	0,99	7 256	1,01	14 409	2,00
1995	7 243	1,00	7 301	1,01	14 544	2,01
1996	7 346	1,01	7 354	1,01	14 700	2,03
1997	7 063	0,97	7 228	0,99	14 291	1,96
1998	6 953	0,95	7 159	0,98	14 112	1,93
1999	7 114	0,97	7 154	0,98	14 268	1,95
2000	7 235	0,98	7 266	0,99	14 501	1,97
2001	7 369	1,00	7 411	1,00	14 780	2,00
2002	7 461	1,00	7 555	1,02	15 016	2,02
2003	7 550	1,01	7 717	1,03	15 267	2,04
2004	7 600	1,01	7 827	1,04	15 427	2,05
2005	7 702	1,02	7 968	1,05	15 670	2,07
2006	7 685	1,01	8 156	1,07	15 841	2,08
2007	7 789	1,02	8 298	1,09	16 087	2,11

1. Il s'agit des médecins soumis à une entente avec la RAMQ, exerçant au Québec, ayant présenté au moins une demande de paiement durant l'année.

Sources : Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca

Données non publiées obtenues de la Direction des professionnels de la santé du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
H2

Nombre de
médecins «actifs»¹
selon la catégorie et le sexe du médecin, au Québec,
de 1976 à 2007

Année	Omnipraticiens			Spécialistes			Ensemble des médecins		
	Hommes	Femmes	% femmes	Hommes	Femmes	% femmes	Hommes	Femmes	% femmes
1976	3 860	444	10,3	4 789	304	6,0	8 649	748	8,0
1977	4 014	562	12,3	4 742	317	6,3	8 756	879	9,1
1978	4 215	704	14,3	4 980	386	7,2	9 195	1 090	10,6
1979	4 382	828	15,9	5 004	427	7,9	9 386	1 255	11,8
1980	4 545	960	17,4	5 078	469	8,5	9 623	1 429	12,9
1981	4 644	1 077	18,8	5 151	528	9,3	9 795	1 605	14,1
1982	4 721	1 186	20,1	5 201	566	9,8	9 922	1 752	15,0
1983	4 838	1 362	22,0	5 300	617	10,4	10 138	1 979	16,3
1984	4 834	1 462	23,2	5 258	652	11,0	10 092	2 114	17,3
1985	4 945	1 605	24,5	5 354	709	11,7	10 299	2 314	18,3
1986	5 004	1 732	25,7	5 443	783	12,6	10 447	2 515	19,4
1987	5 057	1 855	26,8	5 491	855	13,5	10 548	2 710	20,4
1988	5 090	1 981	28,0	5 557	915	14,1	10 647	2 896	21,4
1989	4 992	2 022	28,8	5 638	990	14,9	10 630	3 012	22,1
1990	4 959	2 134	30,1	5 699	1 073	15,8	10 658	3 207	23,1
1991	4 893	2 192	30,9	5 732	1 151	16,7	10 625	3 343	23,9
1992	4 843	2 288	32,1	5 714	1 227	17,7	10 557	3 515	25,0
1993	4 763	2 336	32,9	5 782	1 349	18,9	10 545	3 685	25,9
1994	4 730	2 423	33,9	5 818	1 437	19,8	10 548	3 860	26,8
1995	4 706	2 537	35,0	5 778	1 523	20,9	10 484	4 060	27,9
1996	4 708	2 638	35,9	5 757	1 597	21,7	10 465	4 235	28,8
1997	4 379	2 684	38,0	5 504	1 724	23,9	9 883	4 408	30,8
1998	4 191	2 762	39,7	5 363	1 796	25,1	9 554	4 558	32,3
1999	4 221	2 893	40,7	5 276	1 878	26,3	9 497	4 771	33,4
2000	4 266	2 969	41,0	5 286	1 980	27,3	9 552	4 949	34,1
2001	4 281	3 088	41,9	5 314	2 097	28,3	9 595	5 185	35,1
2002	4 275	3 186	42,7	5 341	2 214	29,3	9 616	5 400	36,0
2003	4 274	3 276	43,4	5 397	2 320	30,1	9 671	5 596	36,7
2004	4 244	3 356	44,2	5 416	2 411	30,8	9 660	5 767	37,4
2005	4 249	3 453	44,8	5 456	2 512	31,5	9 705	5 965	38,1
2006	4 143	3 542	46,1	5 532	2 624	32,2	9 675	6 166	38,9
2007 ²	4 155	3 634	46,7	5 585	2 713	32,7	9 740	6 347	39,5

1. Il s'agit des médecins soumis à une entente avec la RAMQ, exerçant au Québec, ayant présenté au moins une demande de paiement durant l'année.

2. Il s'agit d'estimations réalisées à partir des données préliminaires du 4^e trimestre de 2007.

Source : Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
H3

Nombre de professionnels¹ rémunérés par la Régie de l'assurance maladie et ratio « population par professionnel », selon la catégorie de professionnels, au Québec, de 1990 à 2007

Année civile	Ensemble des professionnels		Omnipraticiens		Spécialistes		Dentistes (et chir. buccale)		Optométristes		Pharmaciens-proprétaires	
	Nombre	Ratio	Nombre	Ratio	Nombre	Ratio	Nombre	Ratio	Nombre	Ratio	Nombre	Ratio
1990	18 857	371	7 093	987	6 772	1 034	2 763	2 535	1 004	6 976	1 225	5 717
1991	19 162	369	7 085	997	6 883	1 026	2 874	2 458	1 021	6 919	1 299	5 438
1992	19 338	368	7 131	997	6 941	1 024	2 902	2 449	1 050	6 770	1 314	5 409
1993	19 655	364	7 099	1 008	7 131	1 003	2 979	2 402	1 069	6 693	1 377	5 196
1994	19 945	361	7 153	1 005	7 256	991	3 054	2 355	1 088	6 610	1 394	5 159
1995	20 239	357	7 243	997	7 301	989	3 140	2 299	1 102	6 551	1 453	4 969
1996	20 482	354	7 346	987	7 354	985	3 196	2 267	1 114	6 505	1 472	4 923
1997	20 108	362	7 063	1 030	7 228	1 006	3 213	2 264	1 138	6 392	1 491	4 879
1998	20 031	364	6 953	1 049	7 159	1 019	3 262	2 237	1 162	6 279	1 495	4 880
1999	20 278	361	7 114	1 029	7 154	1 024	3 323	2 204	1 177	6 222	1 510	4 850
2000	20 543	358	7 235	1 017	7 266	1 013	3 316	2 219	1 185	6 208	1 541	4 774
2001	20 888	354	7 369	1 004	7 411	998	3 337	2 217	1 208	6 123	1 563	4 733
2002	21 227	351	7 461	998	7 555	985	3 366	2 211	1 219	6 106	1 626	4 578
2003	21 486	348	7 550	992	7 717	970	3 360	2 228	1 194	6 270	1 665	4 496
2004	21 750	346	7 600	990	7 827	962	3 402	2 213	1 225	6 145	1 696	4 438
2005	22 062	343	7 702	982	7 968	950	3 433	2 204	1 237	6 117	1 722	4 394
2006	22 355	340	7 685	987	8 156	932	3 581	2 123	1 235	6 156	1 698	4 478
2007	22 631	337	7 789	981	8 298	920	3 601	2 121	1 244	6 140	1 699	4 495

1. Il s'agit des professionnels soumis à une entente avec la RAMQ, exerçant au Québec, ayant présenté au moins une demande de paiement durant l'année.

Sources : Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca;

Données non publiées obtenues de la Direction des professionnels de la santé du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
H4

Proportion d'employés à temps complet régulier au sein de l'effectif cadre et syndiqué du réseau sociosanitaire du Québec, et nombre d'employés syndiqués par cadre, de 1990-1991 à 2006-2007

Catégorie d'emplois	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02	02-03 ²	03-04	04-05	05-06	06-07
Ensemble de l'effectif ¹	169 978	172 464	172 286	172 045	171 592	169 368	164 435	157 498	157 816	164 230	169 027	172 944	187 287	191 217	193 778	197 112	199 521
% de TCR ³	62,3	62,4	62,7	62,7	62,7	63,0	62,7	58,5	58,6	58,7	58,6	58,6	52,4	55,4	55,6	55,5	55,3
Cadres	12 774	12 672	12 570	12 385	11 820	10 969	10 407	9 317	8 538	8 558	8 668	9 162	9 364	9 518	9 740	10 208	10 645
% de TCR ³	89,8	89,8	89,7	89,9	90,4	91,7	92,0	91,9	91,4	91,0	91,4	90,3	89,9	90,7	90,8	90,9	90,5
Syndiqués	157 204	159 792	159 716	159 660	159 772	158 399	154 028	148 181	149 278	155 672	160 359	163 782	177 923	181 699	184 038	186 905	188 876
% de TCR ³	60,1	60,2	60,6	60,6	60,7	61,0	60,7	56,4	56,8	56,9	56,9	56,8	53,2	53,5	53,7	53,5	53,3
Nbre de syndiqués/cadre	12,3	12,6	12,7	12,9	13,5	14,4	14,8	15,9	17,5	18,2	18,5	17,9	19,0	19,1	18,9	18,3	17,7

1. Calculé en équivalent temps complet (ETC).

2. À partir de 2002-2003, il y a eu un changement dans la méthodologie utilisée pour calculer les ETC des employés à temps partiel. Dorénavant, le dénombrement des employés à temps partiel et des employés à temps complet se fera de façon comparable. Globalement, cette modification a eu pour effet d'augmenter le nombre d'ETC de l'ordre de 7,5 %, pour l'année 2002-2003. Il y a donc un bris de séquence rendant les données à partir de 2002-2003 difficilement comparables à celles des années antérieures. Cependant, ce bris de séquence n'existe pas quand on utilise le nombre de personnes en emploi.

3. Temps complet régulier.

Source : Personnel du réseau : salariés et cadres, Système R22, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
H5

Statistiques générales sur
le personnel cadre et syndiqué du réseau socio-sanitaire du Québec,
selon la catégorie d'emplois,
de 1990-1991 à 2006-2007

Catégorie d'emplois	Indicateurs	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99 ¹	99-00 ¹	00-01	01-02	02-03 ²	03-04	04-05	05-06	06-07
Ensemble de l'effectif	Nbre en poste	240 461	242 360	239 231	241 445	239 448	235 371	228 923	216 312	222 882	228 634	233 982	238 559	242 071	246 111	249 123	251 623	255 062
	Nbre d'ETC	169 978	172 463	172 287	172 308	171 586	169 359	164 426	157 496	157 815	164 229	169 027	172 943	187 287	191 217	193 778	197 112	199 521
	Sal. versés (\$)	5 176 440 044	5 573 565 270	5 757 263 476	5 896 247 301	5 947 585 795	5 894 187 107	5 770 364 625	5 605 939 297	5 665 454 901	5 895 332 935	6 498 946 337	6 792 476 170	7 020 548 587	7 364 343 788	7 516 062 304	7 655 999 757	8 334 574 764
	Temps supp. (\$)	68 006 062	70 021 423	65 575 925	59 197 201	53 536 238	48 497 769	51 604 984	74 967 093	96 194 838	120 490 057	152 711 344	177 498 315	185 204 484	202 406 591	218 613 952	225 985 476	277 662 400
Cadres	Nbre en poste	14 874	14 686	14 455	14 254	13 472	12 263	11 371	9 878	9 593	9 525	9 523	10 106	10 140	10 314	10 498	11 196	11 684
	Nbre d'ETC	12 774	12 672	12 570	12 385	11 821	10 974	10 400	9 316	8 538	8 558	8 668	9 162	9 364	9 518	9 740	10 208	10 645
	Sal. moyen (\$)	51 400	53 418	55 611	56 711	57 630	58 060	58 404	60 364	62 330	63 120	67 954	71 085	71 567	73 345	73 640	74 119	75 899
	Sal. versés (\$)	658 847 920	687 381 787	707 802 136	711 668 902	690 102 216	645 626 914	600 414 095	557 625 448	528 236 355	540 430 072	577 386 508	651 255 342	657 438 024	688 491 416	705 245 836	741 888 412	794 069 180
Effectif syndiqué	Nbre en poste	225 587	227 674	224 776	227 191	225 976	223 108	217 552	206 434	213 289	219 109	224 459	228 453	231 931	235 797	238 625	240 427	243 378
	Nbre d'ETC	157 204	159 791	159 717	159 923	159 765	158 385	154 026	148 180	149 277	155 671	160 359	163 781	177 923	181 699	184 038	186 905	188 876
	Sal. moyen (\$)	30 470	31 017	32 367	32 957	33 348	33 712	34 405	34 926	35 000	35 038	37 957	38 940	38 763	39 994	40 112	40 223	42 873
	Sal. versés (\$)	4 517 592 124	4 886 183 483	5 049 461 340	5 184 578 399	5 257 483 579	5 248 560 193	5 169 950 530	5 048 313 849	5 137 218 546	5 354 902 863	5 921 559 829	6 141 220 828	6 363 110 563	6 675 852 372	6 810 816 468	6 914 111 345	7 540 505 584
Professionnels	Nbre en poste	14 972	15 588	15 318	17 004	17 780	18 293	18 742	19 217	20 768	21 780	22 936	23 962	25 180	26 340	27 154	27 851	28 551
	Nbre d'ETC	11 161	11 672	12 286	12 611	13 225	13 560	13 914	14 113	14 940	16 058	17 033	17 738	19 420	20 391	20 997	21 779	22 229
	Sal. moyen (\$)	43 288	43 692	47 026	47 989	48 623	49 198	50 125	50 625	50 389	50 274	53 837	55 169	55 047	56 428	56 569	56 771	58 608
	Sal. versés (\$)	459 664 233	501 718 837	551 119 662	589 193 337	649 141 613	652 948 907	677 147 066	692 781 972	736 513 672	790 206 232	889 740 586	940 900 916	1 003 429 988	1 081 315 044	1 113 853 818	1 156 621 806	1 221 957 854
Infirmières bachelnières	Nbre en poste	3 859	4 454	5 009	5 405	5 935	6 527	7 058	7 322	8 046	8 845	11 189	12 224	12 467	13 181	13 662	14 001	
	Nbre d'ETC	2 779	3 228	3 658	4 010	4 416	4 920	5 271	5 588	6 099	6 932	8 654	9 411	10 001	10 068	10 531	11 069	11 427
	Sal. moyen (\$)	40 222	41 633	43 878	45 183	46 216	47 032	48 050	48 702	48 634	48 492	54 513	56 074	55 574	58 203	58 088	58 069	59 776
	Sal. versés (\$)	104 135 957	131 467 124	155 481 716	176 666 472	198 699 009	224 662 012	244 517 088	263 199 586	289 571 522	327 287 637	456 669 984	503 720 289	524 783 886	538 360 582	573 958 787	597 613 694	638 305 479
Infirmières	Nbre en poste	47 714	47 998	47 602	47 934	47 585	47 019	45 753	43 482	44 501	44 552	42 298	41 054	41 255	41 793	41 394	41 047	40 956
	Nbre d'ETC	32 032	32 329	32 243	32 381	32 249	31 910	30 652	29 913	30 478	31 395	30 594	29 921	32 251	32 806	32 591	32 343	32 305
	Sal. moyen (\$)	36 700	37 620	38 987	39 660	40 000	40 327	41 096	41 316	41 009	40 927	45 073	46 269	46 109	47 128	47 097	47 052	51 715
	Sal. versés (\$)	1 088 291 236	1 194 362 986	1 224 845 416	1 258 749 349	1 263 493 111	1 260 723 649	1 226 555 225	1 204 651 446	1 227 614 203	1 258 648 780	1 345 608 076	1 332 250 231	1 355 468 030	1 390 280 400	1 408 512 838	1 386 320 922	1 550 401 545
Techniciens	Nbre en poste	29 968	30 529	30 589	31 425	32 037	32 101	31 782	30 972	31 983	32 794	33 432	34 602	35 599	36 330	36 733	36 730	37 370
	Nbre d'ETC	21 457	22 042	22 327	22 630	23 135	23 260	22 915	22 472	22 944	23 962	24 523	25 485	27 701	28 381	28 856	29 127	29 668
	Sal. moyen (\$)	33 850	34 293	35 575	36 173	36 452	36 772	37 447	37 819	37 698	37 598	40 449	41 374	41 188	42 407	42 501	42 586	45 779
	Sal. versés (\$)	687 843 324	745 613 706	776 685 152	804 994 040	828 721 531	840 132 699	836 230 796	828 175 876	850 795 760	887 234 377	966 203 477	1 017 754 112	1 065 544 406	1 123 042 078	1 146 766 936	1 159 263 247	1 300 550 658
Assistants-techniciens	Nbre en poste	62 764	62 998	61 608	61 581	60 639	59 457	57 840	54 187	55 798	57 802	60 403	61 709	62 573	63 306	64 399	64 842	65 945
	Nbre d'ETC	41 694	42 038	41 391	41 265	40 918	40 329	39 065	37 221	37 058	38 563	40 193	41 290	45 981	46 971	47 683	48 526	49 173
	Sal. moyen (\$)	25 839	26 356	27 226	27 534	27 584	27 635	27 948	28 070	27 903	27 823	29 561	30 240	30 122	31 197	31 306	31 415	33 846
	Sal. versés (\$)	1 014 127 065	1 085 293 096	1 105 244 034	1 119 054 532	1 110 885 523	1 096 765 511	1 064 913 477	1 017 190 737	1 015 582 341	1 051 776 699	1 151 884 916	1 199 917 942	1 242 152 778	1 315 608 370	1 333 038 072	1 360 400 759	1 507 753 664
Employés de bureau	Nbre en poste	28 237	28 402	27 975	27 790	27 243	26 540	25 431	23 729	24 460	25 160	25 712	26 112	26 460	27 215	27 306	27 711	28 046
	Nbre d'ETC	21 066	21 345	21 271	21 083	20 802	20 385	19 670	18 695	18 525	19 130	19 546	19 879	21 312	21 930	22 138	22 611	22 831
	Sal. moyen (\$)	24 565	24 827	25 644	25 920	26 035	26 110	26 434	26 650	26 602	26 593	28 389	29 125	29 091	30 009	30 125	30 229	32 259
	Sal. versés (\$)	492 222 994	525 044 899	536 338 313	540 746 639	534 846 184	526 408 599	510 515 230	489 510 178	487 404 092	501 885 713	540 551 764	559 567 555	578 557 983	616 206 352	621 924 071	636 115 122	689 805 388
Personnel auxiliaire	Nbre en poste	37 193	36 710	35 766	35 226	34 067	32 558	30 451	27 051	27 178	27 408	27 435	27 760	27 378	27 369	27 490	27 609	27 799
	Nbre d'ETC	26 391	26 400	25 835	25 276	24 468	23 559	22 127	19 857	18 849	19 144	19 131	19 300	20 487	20 445	20 516	20 714	20 781
	Sal. moyen (\$)	26 098	26 120	26 922	27 206	27 296	27 340	27 646	27 896	27 898	27 912	29 742	30 488	30 372	31 244	31 310	31 305	32 282
	Sal. versés (\$)	661 726 054	690 289 507	687 533 100	683 918 274	662 318 839	638 978 985	602 803 243	546 653 477	521 959 853	528 636 724	555 896 478	570 614 584	577 731 623	593 938 938	594 880 937	599 198 099	621 526 512
Stagiaires et étudiants	Nbre en poste	880	995	909	826	690	613	495	474	555	768	1 054	1 030	1 019	997	968	975	710
	Nbre d'ETC	624	737	706	667	552	462	412	321	384	487	685	757	770	707	725	735	461
	Sal. moyen (\$)	15 461	16 777	16 951	16 592	16 769	17 249	17 651	18 977	20 153	18 971	21 864	21 657	21 729	26 079	26 407	27 400	24 339
	Sal. versés (\$)	9 581 261	12 393 328	12 213 947	11 255 756	9 377 769	7 939 831	7 268 405	6 150 577	7 777 103	9 226 701	15 004 548	16 495 199	15 441 869	17 100 608	17 881 009	18 577 696	10 204 484
Temps supp. (\$)	26 830	47 910	52 196	55 914	36 761	22 341	28 013	29 080	35 229	50 848	83 699	131 873	94 988	129 795	132 662	127 846	110 994	

1. Les salaires moyens de 1998-1999 et 1999-2000 ne tiennent pas compte de la rétroactivité; il s'agit de 1,5 % en 1998-1999 et de 2,5 % en 1999-2000.

2. À partir de 2002-2003, il y a eu un changement dans la méthodologie utilisée pour calculer les ETC. Dorénavant, le dénombrement des employés à temps partiel et des employés à temps complet se fera de façon comparable. Globalement, cette modification a eu pour effet d'augmenter le nombre d'ETC de l'ordre de 7,5 %, pour l'année 2002-2003. Il y a donc un bris de séquence rendant les données à partir de 2002-2003 non comparables à celles des années antérieures. Cependant, ce bris de séquence n'existe pas quand on utilise le nombre de personnes en emploi. Les salaires moyens et les salaires versés ne tiennent pas compte de l'ajustement relatif à l'équité salariale de novembre 2001 et 2002.

Source : Personnel du réseau : salariés et cadres, Système R22, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca

MSSS, SDI, avril 2008.

Personnel infirmier calculé en postes occupés et en équivalents temps complet

dans le réseau sociosanitaire du Québec, selon la catégorie de personnel infirmier,
de 1990-1991 à 2006-2007

Année	Unité	Infirmières	Infirmières auxiliaires	Préposées aux bénéficiaires	Ensemble du personnel infirmier
1990-1991	En poste	51 573	17 682	31 313	100 568
	ETC	34 813	11 729	20 264	66 806
1991-1992	En poste	52 452	17 590	31 575	101 617
	ETC	35 555	11 794	20 581	67 930
1992-1993	En poste	52 611	17 411	31 021	101 043
	ETC	35 902	11 627	20 189	67 718
1993-1994	En poste	53 339	17 385	30 957	101 681
	ETC	36 388	11 548	20 128	68 064
1994-1995	En poste	53 520	17 460	30 894	101 874
	ETC	36 666	11 619	20 323	68 608
1995-1996	En poste	53 546	17 235	30 211	100 992
	ETC	36 830	11 456	20 079	68 365
1996-1997	En poste	52 811	16 379	30 010	99 200
	ETC	35 924	10 872	19 718	66 515
1997-1998	En poste	50 804	14 226	29 192	94 222
	ETC	35 500	9 878	19 336	64 714
1998-1999	En poste	52 547	14 090	30 901	97 538
	ETC	36 576	9 281	20 070	65 927
1999-2000	En poste	53 397	14 029	32 515	99 941
	ETC	38 327	9 358	21 113	68 797
2000-2001	En poste	53 487	14 046	34 514	102 047
	ETC	39 248	9 395	22 351	70 995
2001-2002	En poste	53 278	13 844	35 633	102 755
	ETC	39 332	9 395	23 080	71 808
2002-2003 ¹	En poste	53 722	13 794	36 224	103 740
	ETC	42 253	10 357	26 075	78 685
2003-2004	En poste	54 240	13 862	36 484	104 586
	ETC	42 874	10 510	26 515	79 899
2004-2005	En poste	54 575	14 230	36 886	105 691
	ETC	43 122	10 721	26 800	80 643
2005-2006	En poste	54 709	14 638	36 850	106 197
	ETC	43 412	10 970	27 149	81 531
2006-2007	En poste	54 957	14 848	37 587	107 392
	ETC	43 733	11 163	27 546	82 441

1. À partir de 2002-2003, il y a eu un changement dans la méthodologie utilisée pour calculer les ETC des employés à temps partiel. Dorénavant, le dénombrement des employés à temps partiel et des employés à temps complet se fera de façon comparable. Globalement, cette modification a eu pour effet d'augmenter le nombre d'ETC de l'ordre de 7,5 %, pour l'année 2002-2003. Il y a donc un bris de séquence rendant les données à partir de 2002-2003 difficilement comparables à celles des années antérieures. Cependant, ce bris de séquence n'existe pas quand on utilise le nombre de personnes en emploi.

Source : Personnel du réseau : salariés et cadres, Système R22, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
H7

Effectif administratif¹
**du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
 et de la Régie de l'assurance maladie du Québec,**
 selon la catégorie d'emplois, situation observée au 31 mars,
 de 1990 à 2008

Catégorie d'emplois	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
MSSS²										
Ensemble	1 093	1 078	1 067	997	942	926	886	803	700	678
Cadre	116	119	116	108	101	102	79	66	57	52
Professionnel	544	540	540	513	491	481	476	434	382	375
Fonctionnaire	433	419	411	376	350	343	331	303	261	251
<i>Nbre d'employés par cadre</i>	8,4	8,1	8,2	8,2	8,3	8,1	10,2	11,2	11,3	12,0
RAMQ³										
Ensemble 1 023	1 085	1 101	1 078	1 113	1 114	1 121	1 114	1 057	1 007	1 021
Cadre	98	95	99	96	89	83	80	67	61	64
Professionnel	226	244	258	279	275	282	282	275	260	265
Fonctionnaire	761	762	721	738	750	756	752	715	686	692
<i>Nbre d'employés par cadre</i>	10,1	10,6	9,9	10,6	11,5	12,5	12,9	14,8	15,5	15,0
Catégorie d'emplois	00	01	02	03	04	05	06	07	08	
MSSS²										
Ensemble	660	706	699	751	780	750	720	676	662	
Cadre	49	59	59	62	69	65	71	67	71	
Professionnel	366	400	401	434	454	441	420	390	387	
Fonctionnaire	245	247	239	255	257	244	229	219	204	
<i>Nbre d'employés par cadre</i>	12,5	11,0	10,8	11,1	10,3	10,5	9,1	9,1	8,3	
RAMQ³										
Ensemble	1 023	1 062	1 248	1 288	1 267	1 295	1 240	1 213	1 161	
Cadre	68	66	66	72	66	70	74	76	72	
Professionnel	278	333	395	420	434	444	451	470	468	
Fonctionnaire	677	663	787	796	767	781	715	667	621	
<i>Nbre d'employés par cadre</i>	14,0	15,1	17,9	16,9	18,2	17,5	15,8	15,0	15,1	

1. Il s'agit de postes autorisés occupés.

2. Il s'agit du personnel régulier, excluant le personnel occasionnel, les contractuels, les stagiaires, les employés du cabinet politique et les employés en prêt de service.

3. Il s'agit du personnel régulier permanent.

Sources : Direction des services au personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca;
 Service du personnel de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

LES RESSOURCES INSTITUTIONNELLES

Les tableaux regroupés dans cette section présentent des données évolutives sur la répartition des établissements sociosanitaires du réseau, c'est-à-dire des entreprises à caractère public ou privé qui assument les missions qui leur sont dévolues par la loi, sur la répartition des installations qu'ils chapeautent, c'est-à-dire les lieux physiques où sont offerts les services sociosanitaires requis par la population, ainsi que sur la répartition des lits, qu'ils soient inscrits au permis d'exploitation émis par le Ministère, ou qu'ils soient dressés, c'est-à-dire dotés en personnel et prêts à recevoir un usager. Toutes les données présentées dans ces tableaux proviennent de diverses productions du Ministère.

Tableau
I1

Évolution du nombre
d'établissements publics et privés dans le réseau sociosanitaire du Québec,
selon le regroupement des missions assumées, situation observée au 31 mars,
de 1990 à 2008

Regroupement de missions	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Total des établissements	920	895	884	880	843	774	700	574	531	503
CLSC	129	128	128	128	127	128	128	100	82	72
CH	27	27	27	26	29	29	27	23	19	19
CPEJ	14	13	13	16	14	12	5	1	1	1
CHSLD	465	442	430	424	382	333	294	218	195	181
CR	124	124	122	120	125	108	82	65	62	57
CLSC-CH	5	6	6	5	7	7	7	4	1	1
CLSC-CPEJ				1						
CLSC-CHSLD	15	15	15	15	14	14	14	29	40	45
CLSC-CR	2	2	2	2	3	3	3	4	3	3
CH-CHSLD	108	107	110	112	110	109	103	81	77	70
CH-CR				1	1	1				
CPEJ-CHSLD		1								
CPEJ-CR ¹		1	1	2	4	11	15	15	15	15
CHSLD-CR	8	7	8	8	7	6	5	5	4	3
CLSC-CH-CHSLD	5	5	5	6	5	5	5	14	18	22
CLSC-CHSLD-CR										1
CH-CPEJ-CHSLD	1	1								
CH-CHSLD-CR	15	15	14	14	13	12	12	12	10	9
CLSC-CH-CPEJ-CHSLD			1	1	1	1				
CLSC-CH-CHSLD-CR									1	1
CH-CPEJ-CHSLD-CR	1									
CLSC-CH-CPEJ-CHSLD-CR	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3

1. Cet amalgame de missions constitue les centres jeunesse (CJ).

Source : Fichier des établissements de santé et de services sociaux du Québec, Système M02, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mai 2008.

Évolution du nombre
d'établissements publics et privés dans le réseau sociosanitaire du Québec,
selon le regroupement des missions assumées, situation observée au 31 mars,
de 1990 à 2008

Regroupement de missions	00	01	02	03	04	05	06	07	08
Total des établissements	480	477	473	467	458	317	304	297	294
CLSC	67	67	65	60	57	2	2	2	2
CH	20	20	20	20	20	12	12	12	11
CPEJ	1	1	1	1	1				
CHSLD	163	159	157	154	152	115	101	95	93
CR	57	56	55	55	52	49	50	50	50
CLSC-CH	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CLSC-CPEJ									
CLSC-CHSLD	46	47	48	52	51	14	14	14	14
CLSC-CR	2	2	1	1	1				
CH-CHSLD	68	68	66	63	60	21	21	21	21
CH-CR				1	1	1			
CPEJ-CHSLD									
CPEJ-CR ¹	15	15	15	15	16	16	16	16	
CHSLD-CR	3	4	4	4	4	2	2	1	1
CLSC-CH-CHSLD	22	22	24	26	29	67	67	67	67
CLSC-CHSLD-CR	1	1	2	1	1	1	1	1	1
CH-CPEJ-CHSLD									
CH-CHSLD-CR	8	7	7	7	7	2	2	2	2
CLSC-CH-CPEJ-CHSLD									
CLSC-CH-CHSLD-CR	2	3	3	3	3	11	11	11	11
CH-CPEJ-CHSLD-CR									
CLSC-CH-CPEJ-CHSLD-CR	4	4	4	4	4	4	4	4	4

1. Cet amalgame de missions constitue les centres jeunesse (CJ).

Source : Fichier des établissements de santé et de services sociaux du Québec, Système M02, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mai 2008.

Nombre d'établissements et d'installations
**dans le réseau sociosanitaire du Québec, ainsi que nombre de lits autorisés
 au permis pour de l'hébergement et des soins de longue durée,**
 selon le statut et le mode de financement de l'établissement, situation observée au 31 mars,
 de 1990 à 2008

Type de ressources	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Établissements										
Total	920	895	884	880	843	774	700	574	531	503
<i>Publics</i>	684	677	672	673	663	614	543	419	385	364
<i>Privés</i>	236	218	212	207	180	160	157	155	146	139
Conventionnés	125	113	108	110	104	101	98	96	95	85
Non conventionnés	111	105	104	97	76	59	59	59	51	54
Installations¹										
Total	2 093	2 058	2 105	2 112	2 097	2 074	2 128	2 136	2 056	2 009
<i>Publiques</i>	1 843	1 818	1 868	1 878	1 889	1 886	1 938	1 945	1 877	1 837
<i>Privées</i>	250	240	237	234	208	188	190	191	179	172
Conventionnées	146	138	134	135	132	129	129	129	121	111
Non conventionnées	104	102	103	99	76	59	61	62	58	61
Lits autorisés au permis pour HSLD²										
Total	55 408	54 830	54 435	54 330	52 376	52 088	51 374	51 678	48 970	48 631
<i>Publics</i>	43 737	43 745	43 334	43 317	42 012	42 388	41 732	41 988	39 273	38 929
<i>Privés</i>	11 671	11 085	11 101	11 013	10 364	9 700	9 642	9 690	9 697	9 702
Conventionnés	7 528	7 062	7 065	7 085	7 001	6 955	6 911	6 943	7 007	6 835
Non conventionnés	4 143	4 023	4 036	3 928	3 363	2 745	2 731	2 747	2 690	2 867
Type de ressources	00	01	02	03	04	05	06	07	08	
Établissements										
Total	480	477	473	467	458	317	304	297	294	
<i>Publics</i>	350	349	346	340	335	195	194	193	191	
<i>Privés</i>	130	128	127	127	123	122	110	104	103	
Conventionnés	77	77	76	75	67	72	64	55	55	
Non conventionnés	53	51	51	52	56	50	46	49	48	
Installations¹										
Total	2 014	2 006	1 790	1 786	1 789	1 782	1 752	1 752	1 754	
<i>Publiques</i>	1 854	1 847	1 631	1 627	1 634	1 628	1 604	1 606	1 607	
<i>Privées</i>	160	159	159	159	155	154	148	146	147	
Conventionnées	100	99	99	98	94	94	89	89	89	
Non conventionnées	60	60	60	61	61	60	59	57	58	
Lits autorisés au permis pour HSLD²										
Total	48 662	48 288	48 038	47 989	47 141	47 027	46 309	46 260	46 358	
<i>Publics</i>	38 961	38 520	38 295	38 177	37 292	37 113	36 318	35 737	35 620	
<i>Privés</i>	9 701	9 768	9 743	9 812	9 849	9 914	9 991	10 523	10 738	
Conventionnés	6 906	6 946	6 897	6 898	6 912	6 991	6 821	7 417	7 433	
Non conventionnés	2 795	2 822	2 846	2 914	2 937	2 923	3 170	3 106	3 305	

1. Les 194 pavillons d'hébergement actifs ont cessé d'être des installations; ils sont devenus des ressources intermédiaires à partir du 1^{er} avril 2001.

2. La grande majorité (91 %) des lits autorisés au permis des établissements à caractère privé sont consacrés à l'hébergement et aux soins de longue durée.

Source : Fichier des établissements de santé et de services sociaux du Québec, Système M02, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mai 2008.

Tableau
I3

Évolution du nombre
d'installations publiques et privées dans le réseau sociosanitaire du Québec,
selon la mission assumée par l'installation, situation observée au 31 mars,
de 1990 à 2008

Mission	Unité	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Total ¹	Nombre	2 093	2 058	2 105	2 112	2 097	2 074	2 128	2 136	2 056	2 009
	Indice	100	98	101	101	100	99	102	102	98	96
CLSC	Nombre	365	363	358	356	368	372	381	384	377	378
	Indice	100	99	98	98	101	102	104	105	103	104
CJ	Nombre	406	391	454	463	471	468	475	490	433	414
	Indice	100	96	112	114	116	115	117	121	107	102
CH ²	Nombre	180	167	172	173	177	178	175	164	206	206
	Indice	100	93	96	96	98	99	97	91	114	114
CHSLD	Nombre	674	665	660	657	629	621	617	606	588	578
	Indice	100	99	98	97	93	92	92	90	87	86
PAV ³	Nombre	237	239	235	235	236	235	233	230	222	203
	Indice	100	101	99	99	100	99	98	97	94	86
CR PDI	Nombre	291	285	282	284	306	288	325	326	313	314
	Indice	100	98	97	98	105	99	112	112	108	108
CR PDP	Nombre	48	47	48	55	53	54	60	66	74	79
	Indice	100	98	100	115	110	113	125	138	154	165
CR PAT	Nombre	44	46	49	48	57	56	60	61	62	65
	Indice	100	105	111	109	130	127	136	139	141	148
Mission	Unité	00	01	02	03	04	05	06	07	08	
Total ¹	Nombre	2 014	2 006	1 790	1 786	1 789	1 782	1 752	1 752	1 754	
	Indice	96	96	86	85	85	85	84	84	84	
CLSC	Nombre	391	390	390	402	416	433	429	434	440	
	Indice	107	107	107	110	114	119	118	119	121	
CJ	Nombre	401	413	391	359	320	318	281	285	285	
	Indice	99	102	96	88	79	78	69	70	70	
CH ²	Nombre	206	207	205	213	215	217	222	224	225	
	Indice	114	115	114	118	119	121	123	124	125	
CHSLD	Nombre	560	552	554	552	544	541	532	524	526	
	Indice	83	82	82	82	81	80	79	78	78	
PAV ³	Nombre	199	194	...	...	...	...	...	...	...
	Indice	84	82	...	...	...	...	...	...	...
CR PDI	Nombre	336	333	328	325	360	349	359	357	357	
	Indice	115	114	113	112	124	120	123	123	123	
CR PDP	Nombre	84	85	90	96	95	103	108	107	107	
	Indice	175	177	188	200	198	215	225	223	223	
CR PAT	Nombre	84	84	82	99	100	97	98	97	97	
	Indice	191	191	186	225	227	220	223	220	220	

... : N'ayant pas lieu de figurer.

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. Les pavillons sont devenus des ressources intermédiaires à partir du 1^{er} avril 2001.

Source : Fichier des établissements de santé et de services sociaux du Québec, Système M02, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mai 2008.

Nombre de
**lits et places autorisés au permis des établissements publics
et privés du réseau sociosanitaire du Québec,**
selon l'unité de services, situation observée au 31 mars,
de 1990 à 2008

Unité de services	Unité	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
SGS ¹	Nombre	28 835	29 036	28 832	29 051	27 750	27 699	27 706	25 260	20 686	20 581
	Indice évolutif	100	101	100	101	96	96	96	88	72	71
SP ²	Nombre	2 736	2 451	2 229	1 913	1 538	1 538	1 813	1 716	1 328	1 299
	Indice évolutif	100	90	81	70	56	56	66	63	49	47
HSLD ³	Nombre	52 672	52 379	52 206	52 417	52 376	52 088	51 374	51 678	48 970	48 631
	Indice évolutif	100	99	99	100	99	99	98	98	93	92
CJ ⁴	Nombre	4 551	4 518	4 482	4 512	4 580	4 761	4 680	4 972	3 899	3 994
	Indice évolutif	100	99	98	99	101	105	103	109	86	88
PDI ⁵	Nombre	4 385	4 430	3 867	3 867	3 014	2 958	2 151	2 082	1 253	1 063
	Indice évolutif	100	101	88	88	69	67	49	47	29	24
PDP ⁶	Nombre	526	518	538	548	519	509	502	491	385	390
	Indice évolutif	100	98	102	104	99	97	95	93	73	74
PAT ⁷	Nombre	457	466	506	492	462	492	501	497	422	462
	Indice évolutif	100	102	111	108	101	108	110	109	92	101

Unité de services	Unité	00	01	02	03	04	05	06	07	08
SGS ¹	Nombre	20 639	20 551	20 543	20 560	20 477	20 475	20 456	20 420	20 421
	Indice évolutif	72	71	71	71	71	71	71	71	71
SP ²	Nombre	1 280	1 273	1 243	1 209	1 209	1 209	1 209	975	975
	Indice évolutif	47	47	45	44	44	44	44	36	36
HSLD ³	Nombre	48 662	48 288	48 038	47 989	47 141	47 027	46 309	46 260	46 358
	Indice évolutif	92	92	91	91	89	89	88	88	88
CJ ⁴	Nombre	3 687	3 999	3 845	3 590	3 580	3 477	3 477	3 473	3 452
	Indice évolutif	81	88	84	79	79	76	76	76	76
PDI ⁵	Nombre	991	955	840	781	758	557	529	563	484
	Indice évolutif	23	22	19	18	17	13	12	13	11
PDP ⁶	Nombre	445	437	437	426	438	494	493	499	452
	Indice évolutif	85	83	83	81	83	94	94	95	86
PAT ⁷	Nombre	460	457	457	507	496	507	507	557	557
	Indice évolutif	101	100	100	111	109	111	111	122	122

1. Ce sont les lits de soins généraux et spécialisés, incluant ceux de psychiatrie (sauf ceux des CHSP), d'hôtellerie et de néonatalogie.
2. Ce sont les lits de soins psychiatriques de courte durée des CHSP; 1990 à 1994, données estimées.
3. Ce sont les lits d'hébergement et de soins de longue durée physiques et psychiatriques, permanents et temporaires, excluant les places en pavillons d'hébergement; 1990 à 1994, données estimées. Il s'agit du taux pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus.
4. Ce sont les places internes offertes dans les centres jeunesse. Il s'agit du taux pour 1 000 personnes âgées de 17 ans ou moins.
5. Ce sont les places internes offertes en installations de réadaptation pour personnes déficientes intellectuelles.
6. Ce sont les places internes offertes en installations de réadaptation pour personnes déficientes physiques.
7. Ce sont les places internes offertes en installations de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes.

Source : Fichier des établissements de santé et de services sociaux du Québec, Système M02, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
www.msss.gouv.qc.ca.

Tableau
I5

Nombre de
**lits dressés et de places internes dans les établissements publics et privés
conventionnés du réseau sociosanitaire du Québec,**
selon l'unité de services, situation observée au 31 mars,
de 1991 à 2007

Unité de services	Unité	91	92	93	94	95	96	97	98	99
SSPG ¹	n	23 612	23 547	23 381	23 044	22 178	20 211	17 216	16 390	16 163
	0/00	3,37	3,33	3,29	3,22	3,08	2,80	2,38	2,25	2,22
SPCD ²	n	21 899	21 931	21 603	21 820	21 122	19 217	16 341	14 877	15 396
	0/00	3,13	3,10	3,04	3,05	2,94	2,66	2,25	2,05	2,11
SP ³	n	7 879	7 679	7 237	6 188	5 788	5 565	5 165	4 888	4 251
	0/00	1,12	1,09	1,02	0,86	0,80	0,77	0,71	0,67	0,58
SNN ⁴	n	2 362	2 343	2 309	2 264	2 223	2 163	1 874	1 735	1 696
	0/00	0,34	0,33	0,32	0,32	0,31	0,30	0,26	0,24	0,23
RFI ⁵	n	...	...	...	366	478	606	707	762	789
	0/00	...	...	...	0,05	0,07	0,08	0,10	0,10	0,11
HSLD ⁶	n	46 164	46 145	45 970	45 262	45 542	45 155	44 118	42 478	42 199
	0/00	61,01	58,99	57,39	55,25	54,51	52,96	50,77	47,71	46,41
PDI ⁷	n	496	481	434	398	449	455	458	395	316
	0/00	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,05	0,04
PDP ⁸	n	3 259	3 157	2 979	2 785	2 651	2 022	1 618	973	1 005
	0/00	0,47	0,45	0,42	0,39	0,37	0,28	0,22	0,13	0,14
PAT ⁹	n	404	386	438	447	445	445	510	434	459
	0/00	0,06	0,05	0,06	0,06	0,06	0,06	0,07	0,06	0,06
CJ ¹⁰	n	4 566	4 408	4 453	4 380	4 456	4 444	4 119	3 741	3 862
	0/00	2,77	2,65	2,65	2,59	2,62	2,62	2,44	2,22	2,32

... : N'ayant pas lieu de figurer.

1. Il s'agit des lits pour soins de santé physique et de gériatrie.
2. Il s'agit des lits de soins physiques de courte durée. En fait, il s'agit d'un sous-ensemble des lits SSPG; ce sous-ensemble est déterminé en éliminant les établissements qui présentent une moyenne annuelle de 15 départs ou moins par lit.
3. Il s'agit des lits de soins psychiatriques.
4. Il s'agit des lits pour soins aux nouveau-nés.
5. Il s'agit des places internes en réadaptation fonctionnelle intensive.
6. Il s'agit des places internes en hébergement et soins de longue durée. Dans le cas des lits HSLD, il s'agit du nombre de lits pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus.
7. Il s'agit des places internes en centre de réadaptation pour personnes déficientes intellectuelles.
8. Il s'agit des places internes en centre de réadaptation pour personnes déficientes physiques.
9. Il s'agit des places internes en centre de réadaptation pour personnes alcooliques ou toxicomanes.
10. Il s'agit des places internes en centre jeunesse. Les CJ sont l'amalgame des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté (CR JDA) et des centres de réadaptation pour jeunes mères en difficulté (CR MDA). Dans le cas des CJ, il s'agit du nombre de places internes pour 1 000 personnes âgées de 17 ans ou moins.

Sources : Base de données STATEVO, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca
Données populationnelles obtenues au Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca

MSSS, SDI, avril 2008.

Nombre de
lits dressés et de places internes dans les établissements publics et privés conventionnés du réseau socio-sanitaire du Québec,
selon l'unité de services, situation observée au 31 mars,
de 1991 à 2007

Unité de services	Unité	00	01	02	03	04	05	06	07
SSPG ¹	n	16 146	16 082	15 715	15 618	15 785	15 815	15 798	15 705
	0/00	2,20	2,19	2,12	2,10	2,11	2,10	2,09	2,07
SPCD ²	n	15 386	15 097	14 781	14 737	14 885	14 946	14 909	14 745
	0/00	2,10	2,05	2,00	1,98	1,99	1,99	1,97	1,94
SP ³	n	4 186	4 180	4 075	4 013	3 776	3 440	3 207	3 197
	0/00	0,57	0,57	0,55	0,54	0,50	0,46	0,42	0,42
SNN ⁴	n	1 699	1 694	1 657	1 648	1 639	1 572	1 559	1 573
	0/00	0,23	0,23	0,22	0,22	0,22	0,21	0,21	0,21
RFI ⁵	n	712	701	711	727	709	683	677	743
	0/00	0,10	0,10	0,10	0,10	0,09	0,09	0,09	0,10
HSLD ⁶	n	42 555	41 938	41 777	41 602	41 687	41 467	41 470	41 211
	0/00	45,93	44,34	43,29	42,37	41,66	40,58	39,72	38,52
PDI ⁷	n	393	469	463	457	459	471	534	448
	0/00	0,05	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,07	0,06
PDP ⁸	n	902	884	722	730	648	525	461	430
	0/00	0,12	0,12	0,10	0,10	0,09	0,07	0,06	0,06
PAT ⁹	n	449	446	527	518	453	453	462	510
	0/00	0,06	0,06	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,07
CJ ¹⁰	n	4 053	4 078	3 557	3 561	3 571	3 443	3 473	3 807
	0/00	2,47	2,52	2,23	2,25	2,28	2,21	2,26	2,49

1. Il s'agit des lits pour soins de santé physique et de gériatrie.
2. Il s'agit des lits de soins physiques de courte durée. En fait, il s'agit d'un sous-ensemble des lits SSPG; ce sous-ensemble est déterminé en éliminant les établissements qui présentent une moyenne annuelle de 15 départs ou moins par lit.
3. Il s'agit des lits de soins psychiatriques.
4. Il s'agit des lits pour soins aux nouveau-nés.
5. Il s'agit des places internes en réadaptation fonctionnelle intensive.
6. Il s'agit des places internes en hébergement et soins de longue durée. Dans le cas des lits HSLD, il s'agit du nombre de lits pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus.
7. Il s'agit des places internes en centre de réadaptation pour personnes déficientes intellectuelles.
8. Il s'agit des places internes en centre de réadaptation pour personnes déficientes physiques.
9. Il s'agit des places internes en centre de réadaptation pour personnes alcooliques ou toxicomanes.
10. Il s'agit des places internes en centre jeunesse. Les CJ sont l'amalgame des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté (CR JDA) et des centres de réadaptation pour jeunes mères en difficulté (CR MDA). Dans le cas des CJ, il s'agit du nombre de places internes pour 1 000 personnes âgées de 17 ans ou moins.

Sources : Base de données STATEVO, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca
Données populationnelles obtenues au Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
I6

Disponibilité de
**certaines ressources alternatives en complémentarité
avec le réseau d'établissements sociosanitaires,**
selon la catégorie de ressources, au Québec, situation observée au 31 mars,
de 2003 à 2008

Catégorie de ressources	Indicateurs	03	04	05	06	07	08
Résidences privées pour personnes âgées ¹	Nombre de ressources	2 562	2 519	2 489	2 439	2 285	2 279
	Nombre d'unités de logement	77 304	79 911	84 951	86 341	87 255	95 742
Ressources intermédiaires ²	Nombre de ressources	1 517	1 631	1 727	1 767	1 823	1 927
	Nombre de places	9 625	10 317	10 755	10 932	11 347	12 212
Ressources de type familial ³	Nombre de ressources	3 554	3 875	3 964	3 794	3 616	3 485
	Nombre de places	13 717	14 702	14 864	14 197	13 489	12 950
Organismes communautaires ⁴	Nombre d'organismes	3 104	3 186	3 181	3 248	3 263	3 397

1. Il s'agit de résidences privées, hors réseau mais accréditées par le Ministère, qui offrent, contre le paiement d'un loyer, des services d'hébergement ainsi qu'une gamme de services domestiques à des personnes âgées autonomes ou semi-autonomes.
2. Il s'agit de ressources rattachées à un établissement public du réseau qui offrent des services de soutien et d'assistance afin de maintenir ou d'intégrer l'usager dans la communauté. En 2005, le nombre de ressources et le nombre de places ont été estimés.
3. Il s'agit de ressources auxquelles un établissement public confie des usagers afin de leur fournir des conditions de vie se rapprochant le plus possible d'un milieu de vie naturel; ce sont des familles d'accueil pour enfants en difficulté et des résidences d'accueil pour adultes et personnes âgées. À noter que ces chiffres excluent les ressources de type familial liées aux centres jeunesse, c'est-à-dire environ 5 650 RTF. En 2005, le nombre de ressources et le nombre de places ont été estimés.
4. Comprend les organismes subventionnés à l'échelle régionale ainsi que ceux subventionnés au niveau national.

Sources : Registre des résidences pour personnes âgées, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca;

Système d'Information des Ressources Intermédiaires et de type familial (SIRTF), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca;

Système budgétaire et financier régionalisé (SBF-R), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mai 2008.

L'UTILISATION DES SERVICES

Les tableaux suivants visent à illustrer l'évolution de l'utilisation des différents services socio-sanitaires offerts à la population par le gouvernement du Québec. Ils ont été choisis en fonction des demandes d'information qui parviennent chaque année au Ministère; ce sont donc ceux les plus susceptibles de retenir l'intérêt des lecteurs. Les données proviennent de différentes productions du Ministère, ainsi que du site Internet de la RAMQ www.ramq.gouv.qc.ca.

Tableau
U1

Utilisation des
services de soutien à domicile,
c'est-à-dire les visites du médecin et les services offerts par les CLSC, au Québec,
de 2001-2002 à 2006-2007

Indicateurs	Unité	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07
Visites médicales à domicile effectuées par le médecin							
Nombre de visites à domicile ¹		588 019	572 627	561 758	550 914	531 922	520 876
	Indice évolutif	100	97	96	94	90	89
Services à domicile offerts par les CLSC							
Nombre d'usagers		401 133	416 919	435 397	481 217	485 948	500 447
	Indice évolutif	100	104	109	120	121	125
Nombre d'usagers différents		264 706	270 785	287 124	299 011	295 670	301 848
	Indice évolutif	100	102	108	113	112	114
Nombre d'interventions		5 398 178	5 648 039	6 004 344	6 475 337	6 868 105	7 227 610
	Indice évolutif	100	105	111	120	127	134

1. En 2006-2007, il s'agit d'une projection.

Sources : Données extraites du système Intégration - CLSC (I - CLSC), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca;
Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
U2Utilisation de
certains services ambulatoires,
selon le type de services, au Québec,
de 2001-2002 à 2006-2007

Type de services	Indicateurs	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07
L'urgence¹							
	Nombre de visites	3 879 408	3 810 126	3 821 827	3 843 088	3 871 130	3 910 928
Consultations externes²							
	Nombre de visites	7 589 348	7 644 506	8 000 585	7 812 661	8 057 955	7 955 874
Hôpital de jour³							
	Nombre de présences	251 144	243 721	240 584	234 025	242 424	206 899
Centre de jour⁴							
	Nombre de présences	1 826 058	1 924 605	1 983 914	1 906 915	1 941 727	1 917 730
Médecine de jour⁵							
	Nombre de jours-soins	603 643	675 457	728 498	802 680	887 887	950 321
Chirurgie d'un jour⁶							
	Nombre de chirurgies	286 246	287 065	300 480	295 707	304 937	307 246
Services en CLSC⁷							
	Nombre d'interventions	10 952 757	11 058 148	11 832 440	12 740 766	13 368 839	13 766 916
	Nombre total d'usagers	2 267 632	2 448 547	2 640 785	2 897 107	3 057 780	3 103 542
	Nombre d'usagers différents	1 734 256	1 791 005	1 979 469	2 101 289	2 174 194	2 204 562
Services médicaux⁸ (médecins)							
	Nombre de consultations	3 567 236	3 573 659	3 666 624	3 827 935	3 874 315	3 962 484
	Nombre de visites en cabinet, à l'externe et à l'urgence	30 445 192	30 059 344	29 524 366	29 407 217	29 069 756	28 680 275

1. Le nombre de visites de patients à l'urgence correspond à l'unité de mesure 'A' du centre d'activité « L'Urgence » (6240) dans le rapport financier de l'établissement.

2. Le nombre de visites de patients à la clinique externe correspond à l'unité de mesure 'A' du centre d'activité « Consultation externe » (6300) dans le rapport financier de l'établissement.

3. Le nombre de présences de patients en hôpital de jour correspond à l'unité de mesure 'A' des centres d'activité « Hôpital de jour en santé mentale » (6280) et « Hôpital de jour gériatrique » (6290) dans le rapport financier de l'établissement.

4. Le nombre de présences de patients en centre de jour correspond à l'unité de mesure 'A' des centres d'activité « Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie » (6960), « Centre de jour » (6970) et « Centre pour activité de jour » (7000) dans le rapport financier de l'établissement.

5. Le nombre de jours-soins en médecine de jour correspond à l'unité de mesure 'A' du centre d'activité « Médecine de jour » (7090) dans le rapport financier de l'établissement.

6. Il s'agit du nombre total de chirurgies d'un jour déclarées dans le système MED-ÉCHO.

7. Il s'agit de l'ensemble des activités déclarées par les CLSC.

8. Il s'agit des rencontres, consultations et visites, avec un médecin rémunéré par la RAMQ, en cabinet privé, ainsi qu'à l'urgence ou aux services externes d'un hôpital. En 2006-2007, il s'agit d'une projection.

Sources : Rapports financiers annuels des établissements du réseau, Système M30, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca; Système MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca; Système Intégration - CLSC (I - CLSC), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca; Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Nombre de **services médicaux dispensés par les médecins rémunérés** dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec, **ensemble des modes de rémunération, et niveau de participation aux services médicaux dispensés** selon le mode de rémunération à l'acte en médecine et chirurgie, de 1990 à 2007

Année	Rémunération à l'acte en médecine et chirurgie				
	Nombre de services pour l'ensemble des modes de rémunération	Nombre de services	Nombre de participants	Taux de participation	Nombre de services par participant
1990	80 625 182	59 705 326	5 727 701	81,8	10,4
1991	82 381 538	61 256 232	5 766 600	81,6	10,6
1992	84 840 843	62 954 163	5 762 626	81,1	10,9
1993	86 681 156	64 466 546	5 849 650	81,8	11,0
1994	82 654 116	60 428 320	5 856 648	81,4	10,3
1995	83 018 559	60 612 278	5 909 628	81,9	10,3
1996	81 964 765	59 580 571	5 857 085	80,8	10,2
1997	81 108 695	58 609 188	5 835 882	80,2	10,0
1998	81 276 106	58 470 497	5 820 089	79,8	10,0
1999	81 135 289	57 488 053	5 814 946	79,4	9,9
2000	83 695 058	58 204 566	5 833 471	79,3	10,0
2001	80 545 152	56 802 775	5 874 634	79,4	9,7
2002	80 954 509	56 137 796	5 867 223	78,8	9,6
2003	81 770 975	56 194 282	5 880 808	78,6	9,6
2004	83 783 663	56 830 946	5 917 838	78,6	9,6
2005	85 288 902	57 601 223	5 961 399	78,8	9,7
2006	86 579 691	58 098 153	5 984 510	78,7	9,7
2007 ¹	87 672 672	58 570 777	6 016 905	78,7	9,7

1. En 2007, il s'agit d'une projection.

Source : Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
U4

Nombre de
services dentaires dispensés
dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec, et niveau de
participation au programme de services dentaires pour enfants,
de 1990 à 2007

Année civile	Nombre de services ¹	Nombre de participants ²	Taux de participation ³	Nombre de services par participant ⁴
1990	4 579 728	1 085 206	60,2	4,22
1991	4 775 133	1 109 126	59,6	4,31
1992	4 072 992	969 328	47,7	4,20
1993	3 585 622	810 919	50,0	4,42
1994	3 740 723	833 575	50,8	4,49
1995	3 862 672	852 696	51,4	4,53
1996	3 879 945	870 397	54,6	4,46
1997	2 727 042	696 901	45,5	3,91
1998	2 730 478	715 848	49,4	3,81
1999	2 613 198	702 559	50,1	3,72
2000	2 468 204	676 726	51,3	3,65
2001	2 365 941	657 067	51,2	3,60
2002	2 275 126	634 146	50,5	3,59
2003	2 222 834	615 843	49,8	3,61
2004	2 226 289	607 404	49,1	3,67
2005	2 145 806	595 391	48,7	3,60
2006	2 091 371	587 027	50,9	3,56
2007 ⁵	2 058 924	573 555	49,7	3,59

1. Somme des services dentaires pour enfants, pour prestataires de la sécurité du revenu et des services de chirurgie buccale. La baisse du nombre de services est due à des réductions de la couverture des services assurés en 1992 et en 1997.

2. Somme des participants pour les programmes de services dentaires. La baisse du nombre de participants est due à des réductions de la couverture des services assurés en 1992 et en 1997.

3. Uniquement pour le programme de services dentaires pour enfants.

4. Somme des services divisée par somme des participants.

5. En 2007, il s'agit d'une projection.

Source : Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Nombre de
services optométriques dispensés
dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec,
et niveau de participation au programme,
de 1990 à 2007

Année civile	Nombre de services ¹	Nombre de participants	Taux de participation	Nombre de services par participant
1990	3 613 693	1 556 150	22,9	2,32
1991	3 756 057	1 597 929	23,7	2,35
1992	3 256 111	1 359 352	20,2	2,40
1993	1 999 652	903 514	12,6	2,21
1994	1 567 459	735 143	10,3	2,13
1995	1 592 476	745 415	n.d.	2,14
1996	1 633 476	764 675	n.d.	2,14
1997	1 581 585	757 350	25,5	2,09
1998	1 606 423	782 731	26,6	2,05
1999	1 661 722	806 485	27,8	2,06
2000	1 704 064	820 519	28,5	2,08
2001	1 758 605	837 591	28,5	2,10
2002	1 825 392	853 828	29,9	2,14
2003	1 882 491	864 914	30,3	2,18
2004	1 982 234	897 090	31,4	2,21
2005	2 011 238	911 139	31,9	2,21
2006	2 095 031	935 471	32,8 ²	2,24
2007 ³	2 132 857	950 192	32,8	2,24

1. L'admissibilité aux services optométriques a été modifiée en mai 1992 et en mai 1993.

2. Il s'agit d'une estimation.

3. En 2007, il s'agit d'une projection.

Source : Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
U6

Nombre d'ordonnances de
**médicaments et niveau de participation au programme
de services pharmaceutiques dispensés** dans le cadre du régime
d'assurance médicaments du Québec, selon la catégorie de clientèle,
de 1990 à 2007

Année civile	Prestataires de l'assistance-emploi				Personnes âgées		de 65 ans ou plus		Adhérents au régime d'assurance médicaments			
	Nombre d'ordonnances	Nombre de prestataires assist.-empl.	Nombre de participants	Nombre de jours ¹ - ordonnance	Nombre d'ordonnances	Nombre de personnes âgées 65+	Nombre de participants	Nombre de jours ¹ - ordonnance	Nombre d'ordonnances	Nombre d'adhérents	Nombre de participants	Nombre de jours ¹ - ordonnance
1990	6 954 192	556 561	418 994	...	21 710 641	756 722	653 481	...	...	...	...	...
1991	7 590 717	610 595	463 233	...	23 584 225	782 272	673 953	...	...	...	...	...
1992	8 356 739	688 581	505 454	...	22 931 305	800 957	685 564	...	...	...	...	...
1993	8 714 738	748 816	551 195	...	22 540 168	819 217	710 250	...	...	...	...	...
1994	9 256 904	782 682	582 652	...	23 775 582	835 473	734 684	...	...	...	...	...
1995	9 800 409	801 245	606 735	...	25 363 390	852 610	757 526	...	...	...	...	...
1996	9 698 222	801 344	591 917	...	26 784 594	868 962	777 940	...	...	...	...	...
1997	9 205 239	746 265	498 328	...	26 565 539	890 276	728 960	...	9 548 024	1 391 941	824 743	...
1998	9 725 595	680 440	467 292	...	28 739 100	909 316	739 221	...	11 266 119	1 510 485	907 325	...
1999	10 458 418	632 110	436 837	226 908 905	31 641 365	926 433	755 159	838 198 389	12 713 749	1 609 848	969 182	320 737 227
2000	11 696 297	590 142	414 706	250 038 515	36 027 927	945 859	771 121	943 335 055	14 326 361	1 675 605	1 007 572	365 328 393
2001	13 009 471	562 235	398 038	270 627 607	41 187 683	965 111	789 950	1 053 725 003	15 785 593	1 723 204	1 033 625	403 412 004
2002	14 223 305	546 600	387 648	286 278 823	45 953 330	981 887	803 365	1 142 813 916	16 822 638	1 725 331	1 031 008	429 813 385
2003	15 375 143	533 269	379 828	296 348 254	51 163 797	1 000 688	818 632	1 220 109 025	17 386 226	1 714 897	1 014 330	439 578 706
2004	16 675 403	521 239	372 004	309 526 921	56 963 651	1 021 777	835 902	1 314 183 595	18 198 995	1 715 058	1 009 234	458 844 697
2005	17 684 882	505 745	362 401	316 216 413	61 847 463	1 043 970	854 163	1 387 566 163	18 774 627	1 718 464	1 015 784	471 412 091
2006	18 851 187	497 800	355 395	325 960 180	68 226 542	1 069 921	877 982	1 489 645 911	19 852 025	1 699 649	1 022 890	495 844 062
2007	20 713 757	489 470	373 398	341 140 213	77 533 481	1 097 879	911 932	1 591 334 635	20 819 774	1 703 437	1 145 173	516 242 310

... : N'ayant pas lieu de figurer.

1. Les chiffres sur les jours-ordonnance ne sont pas publiés dans les Statistiques annuelles de la RAMQ et ils ne sont pas non plus versés sur son site Internet. Il s'agit du nombre total de jours couverts par les ordonnances d'une année donnée. Ce concept élimine les biais inhérents à l'évolution temporelle du nombre d'ordonnances, telles la multiplication des ordonnances de courte durée et les modifications de la composition des clientèles utilisatrices.

Sources : Statistiques annuelles et données non publiées de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca;Direction de la statistique et du soutien aux expérimentations, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec www.mess.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
U7

Nombre de **bénéficiaires et nombre de biens et services dispensés en vertu des programmes d'aides techniques** offerts dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec, selon le programme, de 1990 à 2007

Année civile	Appareils suppléant à une déficience physique ¹			Prothèses mammaires externes ²			Aides auditives ³		
	Nombre de biens et services	Nombre de bénéficiaires	Nombre de biens et services par bénéficiaire	Nombre de biens et services	Nombre de bénéficiaires	Nombre de biens et services par bénéficiaire	Nombre de biens et services	Nombre de bénéficiaires	Nombre de biens et services par bénéficiaire
1990	174 645	44 198	3,95	2 426	2 280	1,06	49 214	8 790	5,60
1991	189 026	47 436	3,98	2 255	2 069	1,09	55 275	9 680	5,71
1992	215 927	51 179	4,22	4 236	2 834	1,49	57 301	10 184	5,63
1993	235 764	52 651	4,48	13 595	7 411	1,83	156 318	34 128	4,58
1994	237 033	46 625	5,08	11 471	8 579	1,34	278 608	58 164	4,79
1995	244 353	47 726	5,12	12 920	9 647	1,34	286 877	66 279	4,33
1996	98 089	49 618	1,98	9 310	7 744	1,20	281 967	71 982	3,92
1997	98 790	50 858	1,94	3 435	3 010	1,14	152 904	44 705	3,42
1998	104 986	53 476	1,96	9 461	8 845	1,07	93 675	18 058	5,19
1999	107 391	53 656	2,00	4 411	4 192	1,05	124 377	23 143	5,37
2000	119 896	58 429	2,05	8 680	8 151	1,06	150 266	28 018	5,36
2001	127 876	62 384	2,05	5 004	4 729	1,06	46 154	27 676	1,67
2002	133 828	64 785	2,07	8 677	8 133	1,07	86 139	45 303	1,90
2003	137 213	65 899	2,08	5 345	5 048	1,06	101 521	48 425	2,10
2004	144 756	69 307	2,09	8 840	8 259	1,07	111 067	50 329	2,21
2005	150 628	71 423	2,11	5 991	5 657	1,06	118 913	52 837	2,25
2006	158 125	74 688	2,12	8 930	8 346	1,07	127 961	56 002	2,28
2007 ⁵	163 803	76 917	2,13	6 651	6 372	1,04	136 657	58 208	2,35

1. En 1996, on a changé la façon de comptabiliser les biens et services dans ce programme.

2. En 1992, 1993 et 1997, plusieurs changements ont été apportés, soit dans la couverture, soit dans la façon de comptabiliser les biens et services dans ce programme.

3. En 1993, 1997, 1998, 2001, 2002 et 2003, plusieurs changements ont été apportés, soit dans la couverture, soit dans la façon de comptabiliser les biens et services dans ce programme.

Nombre de **bénéficiaires et nombre de biens et services dispensés en vertu des programmes d'aides techniques** offerts dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec, selon le programme, de 1990 à 2007

Année civile	Appareils fournis aux personnes stomisées permanentes			Aides visuelles ⁴			Prothèses oculaires		
	Nombre de biens et services	Nombre de bénéficiaires	Nombre de biens et services par bénéficiaire	Nombre de biens et services	Nombre de bénéficiaires	Nombre de biens et services par bénéficiaire	Nombre de biens et services	Nombre de bénéficiaires	Nombre de biens et services par bénéficiaire
1990	7 319	6 727	1,09	13 275	2 674	4,96	2 003	1 893	1,06
1991	7 493	6 798	1,10	14 843	3 053	4,86	1 901	1 790	1,06
1992	8 375	7 376	1,14	17 045	3 293	5,18	2 019	1 871	1,08
1993	9 242	8 138	1,14	25 651	4 136	6,20	2 067	1 919	1,08
1994	8 916	8 202	1,09	30 726	5 098	6,03	2 125	1 957	1,09
1995	9 813	8 436	1,16	25 418	5 721	4,44	2 134	1 999	1,07
1996	8 611	7 922	1,09	33 650	6 062	5,55	2 142	2 019	1,06
1997	9 396	8 639	1,09	31 149	5 833	5,34	2 099	1 980	1,06
1998	10 340	8 927	1,16	33 139	6 241	5,31	2 046	1 931	1,06
1999	9 889	9 037	1,09	33 259	6 631	5,02	2 127	1 963	1,08
2000	9 958	9 227	1,08	25 636	7 372	3,48	2 157	2 011	1,07
2001	10 337	9 443	1,09	25 385	7 263	3,50	2 216	2 058	1,08
2002	10 596	9 608	1,10	27 130	7 789	3,48	2 214	2 039	1,09
2003	10 769	9 730	1,11	28 346	7 991	3,55	2 334	2 143	1,09
2004	11 219	10 001	1,12	28 775	8 149	3,53	2 341	2 149	1,09
2005	11 444	10 211	1,12	27 860	8 147	3,42	2 442	2 253	1,08
2006	11 694	10 319	1,13	30 158	8 680	3,47	2 426	2 225	1,09
2007 ⁵	11 964	10 538	1,14	30 493	8 778	3,47	2 502	2 286	1,09

4. À partir de 1999, le programme inclut les frais d'entretien pour les chiens-guides.

5. En 2007, il s'agit d'une projection.

Source : Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
U8

Évolution de
certains indicateurs repères relatifs
à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, au Québec,
de 1994-1995 à 2006-2007

Indicateurs	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07
Nombre de signalements traités	51 045	49 388	47 620	49 500	49 191	51 728	53 758	55 945	59 114	62 980	63 583	68 233	67 730
Nombre de signalements retenus	24 901	24 553	23 786	24 249	24 948	25 451	26 063	25 993	27 910	29 516	29 028	31 401	31 740
Proportion de signalements retenus (%)	48,8	49,7	49,9	49,0	50,7	49,2	48,5	46,5	47,2	46,9	45,7	46,0	46,9
Nombre d'évaluations réalisées	21 179	21 500	20 991	21 114	22 661	23 047	23 523	23 649	24 230	25 758	25 963	26 679	27 681
Nombre d'évaluations réalisées avec SDC ¹	9 112	9 042	8 734	8 837	10 154	10 626	10 577	10 272	10 735	10 773	10 469	10 591	10 844
Proportion d'évaluations réalisées avec SDC ¹ (%)	43,0	42,1	41,6	41,9	44,8	46,1	45,0	43,4	44,3	41,8	40,3	39,7	39,2
Délai moyen d'attente avant l'évaluation (en jours)	27,3	26,6	27,7	29,6	29,2	25,2	22,9	22,7	22,2	25,1	22,6	16,8	17,6
Nombre de nouvelles prises en charge	7 123	7 266	7 110	7 219	8 244	8 822	8 747	8 802	8 599	8 641	8 681	8 341	8 651
Nombre de nouvelles prises en charge judiciairisées	2 779	3 280	3 370	3 654	4 262	4 563	4 423	4 735	4 272	4 410	4 596	4 600	4 693
Proportion de nouvelles prises en charge judiciairisées (%)	39,0	45,1	47,4	50,6	51,7	51,7	50,6	53,8	49,7	51,0	52,9	55,1	54,2
Nombre total de prises en charge	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	32 928	32 509	32 929	32 375	31 928
Nombre total de prises en charge judiciairisées	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	24 833	24 659	25 381	25 329	25 101
Proportion de prises en charge judiciairisées (%)	56,4	65,9	71,9	73,5	72,6	72,6	73,3	74,9	75,4	75,9	77,1	78,2	78,6
Nombre de prises en charge avec placement	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	15 018	15 639	15 830	15 398	15 027
Nombre de prises en charge judiciairisées avec placement	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	d.i.	13 435	14 100	14 385	14 179	13 914
Proportion de prises en charge judiciairisées avec placement (%)	71,1	82,2	87,0	88,1	87,6	88,2	88,5	89,5	89,5	90,2	90,9	92,1	92,6
Durée moyenne des prises en charge terminées (en mois)	24,2	25,1	24,2	23,7	23,4	23,5	23,8	24,7	24,7	25,5	25,5	25,9	27,0

d.i. : Données incomplètes.

1. Sécurité ou développement du jeune compromis.

Sources : Indicateurs repères relatifs à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, 1993-1994 à 2000-2001, Carolle Lessard, Direction des indicateurs et du pilotage d'orientation, MSSS, septembre 2002; Indicateurs repères relatifs à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, 1997-1998 à 2004-2005, Carolle Lessard, Direction de la jeunesse et de la toxicomanie, MSSS, décembre 2005; Indicateurs repères relatifs à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, 2005-2006, tableaux, Carolle Lessard; Indicateurs repères relatifs à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, 2006-2007, tableaux, Carolle Lessard, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mai 2008.

Tableau
U9

Hospitalisations pour des soins de courte durée¹
dans les installations de soins généraux et spécialisés²
 participant au système MED-ÉCHO, au Québec,
 de 1982-1983 à 2006-2007

Année	Hospitalisations		Jours-présence		Séjour moyen	
	Nombre	% var. ann.	Nombre	% var. ann.	En jours	% var. ann.
82-83	782 178		6 652 990		8,51	
83-84	796 316	1,8	6 942 457	4,4	8,72	2,5
84-85	785 820	-1,3	6 940 520	-0,03	8,83	1,3
85-86	791 961	0,8	6 997 018	0,8	8,84	0,03
86-87	791 222	-0,1	6 944 796	-0,7	8,78	-0,7
87-88	805 806	1,8	6 997 547	0,8	8,68	-1,1
88-89	802 635	-0,4	6 924 841	-1,0	8,63	-0,6
89-90	799 803	-0,4	6 763 189	-2,3	8,46	-2,0
90-91	830 545	3,8	6 923 812	2,4	8,34	-1,4
91-92	849 858	2,3	6 932 010	0,1	8,16	-2,2
92-93	848 921	-0,1	6 897 984	-0,5	8,13	-0,4
93-94	863 502	1,7	6 934 058	0,5	8,03	-1,2
94-95	865 525	0,2	6 731 339	-2,9	7,78	-3,2
95-96	818 997	-5,4	6 107 942	-9,3	7,46	-4,1
96-97	774 255	-5,5	5 623 266	-7,9	7,26	-2,6
97-98	760 717	-1,7	5 362 742	-4,6	7,05	-2,9
98-99	749 858	-1,4	5 341 743	-0,4	7,12	1,1
99-00	736 481	-1,8	5 277 738	-1,2	7,17	0,6
00-01	725 623	-1,5	5 272 042	-0,1	7,27	1,4
21-02	706 368	-2,7	5 092 589	-3,4	7,21	-0,8
02-03	685 602	-2,9	4 994 098	-1,9	7,28	1,0
03-04	705 255	2,9	5 155 334	3,2	7,31	0,4
04-05	699 735	-0,8	5 080 246	-1,5	7,26	-0,7
05-06	713 732	2,0	5 111 799	0,6	7,16	-1,4
06-07	716 191	0,3	5 124 049	0,2	7,15	-0,1
V.A.M. ³ en %	-0,4			-1,1		-0,7

1. Comprend les soins physiques, les soins psychiatriques et les soins aux nouveau-nés offerts dans les installations participant au système MED-ÉCHO.

2. Il s'agit uniquement des installations de soins généraux et spécialisés « actifs », c'est-à-dire excluant celles qui dispensent 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 pour la courte ou la longue durée, ont également été éliminés.

3. Variation annuelle moyenne exprimée en pourcentage.

Source : Statistiques du système MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Hospitalisations pour des soins de courte durée¹
dans les installations de soins généraux et spécialisés²
 participant au système MED-ÉCHO, selon le groupe d'âge de l'utilisateur, au Québec,
 en 2000-2001 et 2006-2007

Groupe d'âge	2000-2001					2006-2007				
	Hosp.	Rép. %	Jours-prés.	Rép. %	Séjour moyen	Hosp.	Rép. %	Jours-prés.	Rép. %	Séjour moyen
Tous âges	725 623	100,0	5 272 042	100,0	7,3	716 191	100,0	5 124 049	100,0	7,2
Nouveau-nés	70 052	9,7	240 726	4,6	3,4	79 948	11,2	263 453	5,1	3,3
Moins de 1 an	17 861	2,5	92 020	1,7	5,2	18 262	2,5	86 336	1,7	4,7
1 à 4 ans	20 348	2,8	59 343	1,1	2,9	18 907	2,6	51 248	1,0	2,7
5 à 9 ans	12 476	1,7	45 184	0,9	3,6	9 382	1,3	31 451	0,6	3,4
10 à 14 ans	10 543	1,5	48 141	0,9	4,6	9 119	1,3	36 979	0,7	4,1
15 à 19 ans	17 830	2,5	89 492	1,7	5,0	14 794	2,1	78 861	1,5	5,3
20 à 24 ans	32 049	4,4	146 325	2,8	4,6	26 752	3,7	131 510	2,6	4,9
25 à 29 ans	42 608	5,9	174 939	3,3	4,1	46 322	6,5	192 155	3,8	4,1
30 à 34 ans	40 840	5,6	182 267	3,5	4,5	42 395	5,9	173 117	3,4	4,1
35 à 39 ans	36 229	5,0	205 581	3,9	5,7	29 358	4,1	152 232	3,0	5,2
40 à 44 ans	33 563	4,6	219 255	4,2	6,5	27 411	3,8	174 098	3,4	6,4
45 à 49 ans	34 014	4,7	246 107	4,7	7,2	31 964	4,5	225 944	4,4	7,1
50 à 54 ans	38 541	5,3	289 245	5,5	7,5	35 861	5,0	270 275	5,3	7,5
55 à 59 ans	40 450	5,6	323 591	6,1	8,0	41 320	5,8	323 912	6,3	7,8
60 à 64 ans	41 131	5,7	350 803	6,7	8,5	44 972	6,3	369 461	7,2	8,2
65 à 69 ans	50 159	6,9	468 424	8,9	9,3	45 879	6,4	413 097	8,1	9,0
70 à 74 ans	56 488	7,8	576 967	10,9	10,2	50 315	7,0	496 138	9,7	9,9
75 à 79 ans	55 033	7,6	601 438	11,4	10,9	53 913	7,5	576 216	11,2	10,7
80 à 84 ans	39 619	5,5	466 975	8,9	11,8	46 191	6,4	538 660	10,5	11,7
85 à 89 ans	24 390	3,4	304 237	5,8	12,5	28 295	4,0	348 774	6,8	12,3
90 ans ou plus	11 399	1,6	140 982	2,7	12,4	14 831	2,1	190 132	3,7	12,8

1. Comprend les soins physiques, les soins psychiatriques et les soins aux nouveau-nés offerts dans les installations participant au système MED-ÉCHO.

2. Il s'agit uniquement des installations de soins généraux et spécialisés « actifs », c'est-à-dire excluant celles qui dispensent 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 pour la courte ou la longue durée, ont également été éliminés.

Source : Statistiques du système MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
U11

Hospitalisations pour des soins de courte durée¹
dans les installations de soins généraux et spécialisés²
 participant au système MED-ÉCHO, selon le regroupement des diagnostics
 en 23 chapitres, au Québec,
 en 2006-2007

Regroupement des diagnostics en 23 chapitres (CIM-10)	Nombre	Journées	Répart. %	Séj. moy.
Ensemble des chapitres	716 191	5 124 049	100	7,2
Certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)	14 525	108 585	2,1	7,5
Tumeurs (C00-D48)	57 594	616 834	12,0	10,7
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire (D50-D89)	6 117	43 322	0,8	7,1
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E90)	10 740	90 136	1,8	8,4
Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)	34 885	624 547	12,2	17,9
Maladies du système nerveux (G00-G99)	12 826	133 964	2,6	10,4
Maladies de l'œil et de ses annexes (H00-H59)	1 861	6 843	0,1	3,7
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (H60-H95)	3 047	9 461	0,2	3,1
Maladies de l'appareil circulatoire (I00-I99)	95 817	771 929	15,1	8,1
Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)	60 938	425 091	8,3	7,0
Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)	64 738	408 829	8,0	6,3
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (L00-L99)	7 587	63 837	1,2	8,4
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (M00-M99)	28 089	235 569	4,6	8,4
Maladies de l'appareil génito-urinaire (N00-N99)	32 301	159 934	3,1	5,0
Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99)	87 865	252 893	4,9	2,9
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00-P96)	17 035	105 517	2,1	6,2
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99)	4 563	29 179	0,6	6,4
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00-R99)	30 907	243 508	4,8	7,9
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T98)	48 973	421 388	8,2	8,6
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (Z00-Z99)	95 782	372 676	7,3	3,9
Codes provisoires pour la recherche et les affectations temporaires (U00-U99)	1	7	0,0001	7,0

1. Comprend les soins physiques, les soins psychiatriques et les soins aux nouveau-nés dans les installations participantes de MED-ÉCHO.

2. Il s'agit uniquement des installations de soins généraux et spécialisés « actifs », c'est-à-dire excluant celles qui dispensent 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 pour la courte ou la longue durée, ont également été éliminés.

Source : Statistiques du système MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Utilisation des services d'hébergement et de soins de longue durée au sein du réseau d'établissements sociosanitaires publics et privés conventionnés du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007

Indicateurs	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
Usagers admis¹									
Nombre	43 569	43 292	43 288	42 538	42 842	42 122	41 385	40 359	39 927
Indice évolutif	100	99	99	98	98	97	95	93	92
Usagers présents²									
Nombre	66 879	67 090	69 605	66 440	65 748	67 526	69 332	70 440	70 171
Indice évolutif	100	100	104	99	98	101	104	105	105
Jours-présence³									
Nombre	16 120 933	16 130 429	16 029 128	15 784 641	15 969 098	15 845 012	15 284 237	14 921 911	14 752 761
Indice évolutif	100	100	99	98	99	98	95	93	92
Séjour moyen ⁴ (jours)	241,0	240,4	230,3	237,6	242,9	234,7	220,4	211,8	210,2
Indicateurs	99-00	00-01	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07	
Usagers admis¹									
Nombre	40 660	40 213	40 009	40 086	40 227	39 670	39 844	39 739	
Indice évolutif	93	92	92	92	92	91	91	91	
Usagers présents²									
Nombre	70 608	71 584	70 396	71 043	72 236	72 720	71 417	71 653	
Indice évolutif	106	107	105	106	108	109	107	107	
Jours-présence³									
Nombre	14 801 783	14 776 647	14 697 579	14 680 523	14 802 562	14 650 592	14 735 131	14 706 145	
Indice évolutif	92	92	91	91	92	91	91	91	
Séjour moyen ⁴ (jours)	209,6	206,4	208,8	206,6	204,9	201,5	206,3	205,2	

1. Il s'agit du nombre d'usagers hébergés tel qu'observé au 31 mars.

2. Il s'agit du nombre total d'usagers hébergés à un moment ou à un autre durant l'année financière; c'est le flux d'usagers.

3. Il s'agit du nombre de jours-présence générés par les usagers présents à un moment ou à un autre durant l'année financière.

4. Le séjour moyen des usagers est égal au nombre de jours-présence comptabilisés pour une année financière donnée divisé par le nombre d'usagers présents à un moment ou à un autre durant cette année financière.

Source : Base de données STATEVO, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
U13

Utilisation des services offerts
aux personnes alcooliques et autres toxicomanes,
 au sein du réseau d'établissements sociosanitaires publics
 et privés conventionnés du Québec,
 de 1990-1991 à 2006-2007

Indicateurs	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
Usagers admis¹									
Nombre	306	317	352	359	314	299	343	294	294
Indice évolutif	100	104	115	117	103	98	112	96	96
Usagers inscrits²									
Nombre	16 160	16 574	18 084	20 031	22 459	25 000	25 896	26 792	27 688
Indice évolutif	100	103	112	124	139	155	160	166	171
Usagers présents³									
Nombre	5 190	5 085	5 504	5 441	5 383	5 123	5 696	5 447	5 023
Indice évolutif	100	98	106	105	104	99	110	105	97
Jours-présence⁴									
Nombre	115 493	114 337	124 518	127 760	115 764	119 252	137 270	115 096	108 315
Indice évolutif	100	99	108	111	100	103	119	100	94
Séjour moyen (jours)	22,3	22,5	22,6	23,5	21,5	23,3	24,1	21,1	21,6
Indicateurs	99-00	00-01	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07	
Usagers admis¹									
Nombre	292	297	328	325	329	366	352	390	
Indice évolutif	95	97	107	106	108	120	115	127	
Usagers inscrits²									
Nombre	31 281	30 887	35 705	39 055	39 243	41 845	44 404	47 269	
Indice évolutif	194	191	221	242	243	259	275	293	
Usagers présents³									
Nombre	4 916	4 681	4 742	4 740	4 625	4 679	5 130	5 075	
Indice évolutif	95	90	91	91	89	90	99	98	
Jours-présence⁴									
Nombre	109 090	110 437	117 302	123 136	117 294	123 443	133 865	140 910	
Indice évolutif	94	96	102	107	102	107	116	122	
Séjour moyen (jours)	22,2	23,6	24,7	26,0	25,4	26,4	26,1	27,8	

1. Usagers admis; la situation observée au 31 mars.

2. Usagers inscrits au début et durant l'année financière; le flux d'usagers inscrits.

3. Usagers admis au début ou durant l'année financière; le flux d'usagers admis.

4. Jours-présence générés par le flux d'usagers admis.

Sources : Rapports statistiques annuels des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes (formulaire AS-481), Système S16, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca; Base de données STATEVO, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Utilisation des services offerts aux personnes déficientes physiques, au sein du réseau d'établissements sociosanitaires publics et privés conventionnés du Québec, de 1990-1991 à 2006-2007

Indicateurs	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
Usagers admis¹									
Nombre	340	377	332	318	296	281	278	272	252
Indice évolutif	100	111	98	94	87	83	82	80	74
Usagers inscrits²									
Nombre	33 328	35 291	38 362	42 230	37 114	40 247	44 249	46 662	49 179
Indice évolutif	100	106	115	127	111	121	133	140	148
Usagers présents³									
Nombre	1 957	2 078	2 008	2 305	2 212	2 273	2 478	2 171	1 905
Indice évolutif	100	106	103	118	113	116	127	111	97
Jours-présence⁴									
Nombre	119 592	123 541	120 702	110 995	91 252	88 669	87 172	87 772	87 096
Indice évolutif	100	103	101	93	76	74	73	73	73
Séjour moyen (jours)	61,1	59,5	60,1	48,2	41,3	39,0	35,2	40,4	45,7
Indicateurs	99-00	00-01	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07	
Usagers admis¹									
Nombre	320	360	321	320	334	346	322	337	
Indice évolutif	94	106	94	94	98	102	95	99	
Usagers inscrits²									
Nombre	57 077	53 670	57 162	59 202	62 983	66 598	70 442	75 924	
Indice évolutif	171	161	172	178	189	200	211	228	
Usagers présents³									
Nombre	2 526	2 837	2 675	2 595	2 734	2 848	2 690	2 594	
Indice évolutif	129	145	137	133	140	146	137	133	
Jours-présence⁴									
Nombre	111 396	128 790	122 006	117 479	115 710	109 455	119 950	116 157	
Indice évolutif	93	108	102	98	97	92	100	97	
Séjour moyen (jours)	44,1	45,4	45,6	45,3	42,3	38,4	44,6	44,8	

1. Usagers admis; la situation observée au 31 mars.

2. Usagers inscrits au début et durant l'année financière; le flux d'usagers inscrits.

3. Usagers admis au début ou durant l'année financière; le flux d'usagers admis.

4. Jours-présence générés par le flux d'usagers admis.

Sources : Rapports statistiques annuels des centres de réadaptation pour personnes présentant une déficience physique (formulaire AS-484).

Système S16, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca

Base de données STATEVO, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
U15

Utilisation des services offerts
aux personnes déficientes intellectuelles,
 au sein du réseau d'établissements sociosanitaires publics
 et privés conventionnés du Québec,
 de 1990-1991 à 2006-2007

Indicateurs	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99
Usagers admis¹									
Nombre	2 740	2 723	2 465	2 100	1 719	1 534	1 090	767	731
Indice évolutif	100	99	90	77	63	56	40	28	27
Usagers inscrits²									
Nombre ³	12 330	13 658	14 752	16 985	18 638	20 305	19 804	20 509	23 410
Indice évolutif	100	111	120	138	151	165	161	166	190
Usagers présents³									
Nombre	3 652	3 539	3 433	3 302	2 834	2 436	1 831	1 202	1 081
Indice évolutif	100	97	94	90	78	67	50	33	30
Jours-présence⁴									
Nombre	1 032 688	1 022 258	943 201	851 501	663 678	598 596	440 664	297 507	288 091
Indice évolutif	100	99	91	82	64	58	43	29	28
Séjour moyen (jours)	282,8	288,9	274,7	257,9	234,2	245,7	240,7	247,5	266,5
Indicateurs	99-00	00-01	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07	
Usagers admis¹									
Nombre	600	527	506	449	414	455	403	349	
Indice évolutif	22	19	18	16	15	17	15	13	
Usagers inscrits²									
Nombre ³	24 195	25 151	25 529	26 680	27 650	28 860	30 108	30 599	
Indice évolutif	196	204	207	216	224	234	244	248	
Usagers présents³									
Nombre	983	683	601	736	721	701	581	589	
Indice évolutif	27	19	16	20	20	19	16	16	
Jours-présence⁴									
Nombre	241 793	202 388	189 885	175 184	160 735	154 903	156 229	128 838	
Indice évolutif	23	20	18	17	16	15	15	12	
Séjour moyen (jours)	246,0	296,3	315,9	238,0	222,9	221,0	268,9	218,7	

1. Usagers admis; la situation observée au 31 mars.

2. Usagers inscrits au début et durant l'année financière; le flux d'usagers inscrits.

3. Usagers admis au début ou durant l'année financière; le flux d'usagers admis.

4. Jours-présence générés par le flux d'usagers admis.

Sources : Rapports statistiques annuels des centres de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle (formulaire AS-485), Système S16, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca; Base de données STATEVO, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

LES COÛTS

Dans la dernière section, on trouve des tableaux illustrant l'évolution des coûts du système socio-sanitaire québécois. On situe d'abord globalement l'effort financier consenti par le Québec pour la mission Santé et services sociaux, puis on désagrège les coûts selon les différentes composantes de cette mission. Les données ont été puisées à même des documents versés sur les sites Internet du Secrétariat du Conseil du trésor www.tresor.gouv.qc.ca, du ministère des Finances www.finances.gouv.qc.ca, de la RAMQ www.ramq.gouv.qc.ca, ainsi que dans des productions du MSSS.

Tableau
C1

Produit intérieur brut, dépenses gouvernementales et montants consacrés à la mission Santé et services sociaux, dollars courants et dollars constants de 1997, au Québec, de 1990-1991 à 2008-2009

Univers	Unité	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07	07-08 ¹	08-09 ²
PIB³	\$ courants (.000 000\$)	153 787	155 958	159 329	164 291	172 191	178 130	182 501	190 383	199 896	214 339	226 380	234 221	244 600	255 541	267 513	276 974	288 295	299 137	308 488
	\$ par personne	21 957	22 076	22 415	22 961	23 942	24 674	25 183	26 171	27 398	29 268	30 771	31 664	32 862	34 135	35 538	36 606	37 918	39 166	40 213
	\$ constants (.000 000\$)	172 369	168 784	167 702	170 056	175 822	180 183	184 378	189 996	197 122	205 549	209 612	212 950	217 637	222 600	227 983	231 297	237 442	241 857	244 832
	\$ par personne	24 610	23 892	23 593	23 766	24 447	24 958	25 442	26 118	27 018	28 068	28 491	28 789	29 240	29 735	30 287	30 569	31 230	31 666	31 915
Dép. gov.	\$ courants (.000 000\$)	36 777	39 354	41 010	41 558	42 830	42 650	41 106	42 249	44 586	45 482	47 856	49 068	50 420	51 995	54 509	56 104	58 796	61 638	63 855
	\$ par personne	5 251	5 571	5 770	5 808	5 955	5 908	5 672	5 808	6 111	6 211	6 505	6 634	6 774	6 946	7 241	7 415	7 733	8 070	8 324
	% PIB	23,9	25,2	25,7	25,3	24,9	23,9	22,5	22,2	22,3	21,2	21,1	20,9	20,6	20,3	20,4	20,3	20,4	20,6	20,7
	\$ constants (.000 000\$)	41 221	42 591	43 165	43 016	43 733	43 142	41 529	42 163	43 967	43 617	44 311	44 612	44 862	45 293	46 454	46 852	48 425	49 835	50 679
\$ par personne	5 885	6 029	6 073	6 012	6 081	5 976	5 731	5 796	6 026	5 956	6 023	6 031	6 027	6 050	6 171	6 192	6 369	6 525	6 606	
Mission SSS	\$ courants (.000 000\$)	11 312	12 342	12 698	12 943	13 070	13 107	12 875	12 938	14 596	14 828	16 101	17 189	17 916	19 026	20 582	21 163	22 453	24 124	25 401
	\$ par personne	1 615	1 747	1 786	1 809	1 817	1 816	1 777	1 779	2 001	2 025	2 189	2 324	2 407	2 542	2 734	2 797	2 953	3 159	3 311
	% PIB	7,4	7,9	8,0	7,9	7,6	7,4	7,1	6,8	7,3	6,9	7,1	7,3	7,3	7,4	7,7	7,6	7,8	8,1	8,2
	% Dép. totales	30,8	31,4	31,0	31,1	30,5	30,7	31,3	30,6	32,7	32,6	33,6	35,0	35,5	36,6	37,8	37,7	38,2	39,1	39,8
	\$ constants (.000 000\$)	12 679	13 357	13 365	13 397	13 346	13 258	13 007	12 912	14 393	14 220	14 908	15 628	15 941	16 573	17 541	17 673	18 492	19 505	20 160
	\$ par personne	1 810	1 891	1 880	1 872	1 856	1 836	1 795	1 775	1 973	1 942	2 026	2 113	2 142	2 214	2 330	2 336	2 432	2 554	2 628
Population		7 003 876	7 064 586	7 108 000	7 155 273	7 191 884	7 219 446	7 246 896	7 274 630	7 295 973	7 323 308	7 357 029	7 396 988	7 443 171	7 486 114	7 527 454	7 566 409	7 603 083	7 637 697	7 671 382
Indice implicite des prix de l'ensemble des soins de santé au Québec⁴		89,2	92,4	95,0	96,6	97,9	98,9	99,0	100,2	101,4	104,3	108,0	110,0	112,4	114,8	117,3	119,7	121,4	123,7	126,0

1. Il s'agit de crédits.

2. Il s'agit du budget de dépenses.

3. Il s'agit du PIB aux prix du marché, sur la base de l'année civile, tel que fourni par l'ICIS. En utilisant la règle du « 0,75 + 0,25 », on obtient le PIB sur la base de l'année financière. En 2005-2006, il s'agit d'une estimation; en 2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009, il s'agit d'une projection.

4. Calculé à partir des chiffres extraits de l'annexe B.3 du CD accompagnant le document Tendances des dépenses nationales de santé produit annuellement par l'ICIS, édition 2007. En 2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009, il s'agit d'une projection.

Sources : Comptes publics, ministère des Finances du Québec www.finances.gouv.qc.ca, et Budget de dépenses, Secrétariat du Conseil du trésor du Québec www.tresor.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Tableau
C2

Montants consacrés aux
grandes missions gouvernementales,
selon la grande mission, au Québec,
de 1994-1995 à 2008-2009

Grande mission	Unité	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07	07-08	08-09
Mission santé et services sociaux	M \$	13 183	13 107	12 875	12 938	14 596	14 828	16 101	17 189	17 916	19 026	20 582	21 163	22 453	23 789	25 401
	%	31,2	30,7	31,3	30,6	32,7	32,6	33,6	35,0	35,5	36,6	37,8	37,7	38,2	38,8	39,6
	\$ par personne	1 833	1 816	1 777	1 779	2 001	2 025	2 189	2 324	2 407	2 542	2 734	2 797	2 953	3 115	3 311
Mission soutien aux personnes et aux familles	M \$	4 286	4 698	4 681	4 709	4 863	4 805	4 831	4 842	4 616	5 048	5 028	5 079	5 200	5 346	5 413
	%	10,1	11,0	11,4	11,1	10,9	10,6	10,1	9,9	9,2	9,7	9,2	9,1	8,8	8,7	8,4
	\$ par personne	596	651	646	647	667	656	657	655	620	674	668	671	684	700	706
Mission éducation et culture	M \$	10 902	11 091	10 591	9 999	10 241	10 478	10 822	11 214	11 812	12 214	12 520	12 930	13 353	14 122	14 892
	%	25,8	26,0	25,8	23,7	23,0	23,0	22,6	22,9	23,4	23,5	23,0	23,0	22,7	23,0	23,2
	\$ par personne	1 516	1 536	1 461	1 375	1 404	1 431	1 471	1 516	1 587	1 632	1 663	1 709	1 756	1 849	1 941
Mission économie et environnement	M \$	4 963	4 755	4 012	4 208	4 970	5 645	5 926	5 748	5 783	5 370	5 370	5 761	5 943	6 316	6 871
	%	11,7	11,1	9,8	10,0	11,1	12,4	12,4	11,7	11,5	10,3	9,9	10,3	10,1	10,3	10,7
	\$ par personne	690	659	554	578	681	771	805	777	777	717	713	761	782	827	896
Mission gouverne et justice	M \$	3 072	2 961	3 087	3 630	3 343	2 975	3 204	3 388	3 710	3 682	4 156	4 295	4 846	4 458	4 609
	%	7,3	6,9	7,5	8,6	7,5	6,5	6,7	6,9	7,4	7,1	7,6	7,7	8,2	7,3	7,2
	\$ par personne	427	410	426	499	458	406	436	458	498	492	552	568	637	584	601
Mission paiement de la dette	M \$	5 874	6 038	5 860	6 765	6 573	6 751	6 972	6 687	6 583	6 655	6 853	6 875	7 000	7 244	6 907
	%	13,9	14,2	14,3	16,0	14,7	14,8	14,6	13,6	13,1	12,8	12,6	12,3	11,9	11,8	10,8
	\$ par personne	817	836	809	930	901	922	948	904	884	889	910	909	921	948	900
Ensemble des missions	M \$	42 280	42 650	41 106	42 249	44 586	45 482	47 856	49 068	50 420	51 995	54 509	56 103	58 795	61 275	64 093
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	\$ par personne	5 879	5 908	5 672	5 808	6 111	6 211	6 505	6 634	6 774	6 946	7 241	7 415	7 733	8 023	8 355
Population du Québec		7 191 884	7 219 446	7 246 896	7 274 630	7 295 973	7 323 308	7 357 029	7 396 988	7 443 171	7 486 114	7 527 454	7 566 409	7 603 083	7 637 697	7 671 382

Sources : Comptes publics, ministère des Finances www.finances.gouv.qc.ca; Budget de dépenses, Secrétariat du Conseil du trésor du Québec www.tresor.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Tableau
C3

Montants consacrés au
portefeuille de la santé et des services sociaux,
selon les programmes de la structure budgétaire officielle du Québec,
de 1990-1991 à 2008-2009

Programmes budgétaires	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07	07-08 ¹	08-09 ²
1 - Fonctions nationales																			
En milliers de \$	192 903	218 157	212 643	208 562	207 665	202 781	166 433	160 429	160 350	162 366	212 642	208 521	224 842	246 608	263 276	267 558	287 552	342 586	357 133
Var. annuelle en %		13,1	-2,5	-1,9	-0,4	-2,4	-17,9	-3,6	-0,05	1,3	31,0	-1,9	7,8	9,7	6,8	1,6	7,5	19,1	4,2
Indice évolutif	100	113	110	108	108	105	86	83	83	84	110	108	117	128	136	139	149	178	185
2 - Fonctions régionales																			
En milliers de \$	8 459 722	9 186 485	9 464 682	9 601 253	9 617 048	9 512 513	9 493 030	9 651 060	11 027 712	11 125 085	11 895 845	12 636 102	13 030 930	13 908 033	14 559 181	15 201 287	16 483 123	17 556 550	18 312 428
Var. annuelle en %		8,6	3,0	1,4	0,2	-1,1	-0,2	1,7	14,3	0,9	6,9	6,2	3,1	6,7	4,7	4,4	8,4	6,5	4,3
Indice évolutif	100	109	112	113	114	112	112	114	130	132	141	149	154	164	172	180	195	208	216
3 - OPHQ³																			
En milliers de \$	40 753	38 301	40 216	38 449	39 636	47 553	44 612	43 716	42 795	34 115	50 895	58 243	55 814	52 576	53 318	57 083	11 653	12 585	12 681
Var. annuelle en %		-6,0	5,0	-4,4	3,1	20,0	-6,2	-2,0	-2,1	-20,3	49,2	14,4	-4,2	-5,8	1,4	7,1	...	8,0	0,8
Indice évolutif	100	94	99	94	97	117	109	107	105	84	125	143	137	129	131	140			
4 - Régie de l'assurance maladie du Québec⁴																			
En milliers de \$	2 618 866	2 899 348	2 980 152	3 094 573	3 205 851	3 282 429	3 217 827	3 134 511	3 365 483	3 507 924	3 938 925	4 295 046	4 609 716	4 876 754	5 235 919	5 346 325	5 670 177	6 148 818	6 719 193
Var. annuelle en %		10,7	2,8	3,8	3,6	2,4	-2,0	-2,6	7,4	4,2	12,3	9,0	7,3	5,8	7,4	2,1	6,1	8,4	9,3
Indice évolutif	100	111	114	118	122	125	123	120	129	134	150	164	176	186	200	204	217	235	257
5- Promotion et développement de la Capitale-Nationale																			
En milliers de \$	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	63 666	67 512
Ensemble des programmes																			
En milliers de \$	11 312 244	12 342 291	12 697 693	12 942 837	13 070 200	13 045 276	12 921 902	12 989 716	14 596 340	14 829 490	16 098 307	17 197 912	17 921 302	19 083 971	20 111 694	20 872 253	22 452 505	24 124 205	25 468 947
Var. annuelle en %		9,1	2,9	1,9	1,0	-0,2	-0,9	0,5	12,4	1,6	8,6	6,8	4,2	6,5	5,4	3,8	7,6	7,4	5,6
Indice évolutif	100	109	112	114	116	115	114	115	129	131	142	152	158	169	178	185	198	213	225

... : N'ayant pas lieu de figurer.

1. Il s'agit de crédits.

2. Il s'agit du budget de dépenses.

3. L'élément « Services aux personnes handicapées » a été transféré au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale dans les Comptes publics 2006-2007.

4. Les montants relatifs aux médicaments et aux services pharmaceutiques dispensés aux adhérents au régime d'assurance médicaments ne sont pas inclus.

Sources : Comptes publics, ministère des Finances du Québec www.finances.gouv.qc.ca; Budget de dépenses, Secrétariat du Conseil du trésor du Québec www.tresor.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Dépenses d'exploitation¹ des établissements publics et privés conventionnés du réseau sociosanitaire du Québec,
selon la mission exclusive, quel que soit l'établissement qui l'assume,
de 1997-1998 à 2006-2007

Les missions exclusives	97-98 (,000\$) (%)		98-99 (,000\$) (%)		99-00 (,000\$) (%)		00-01 (,000\$) (%)		01-02 (,000\$) (%)	
CLSC	891 207	9,4	966 669	10,1	1 067 736	10,6	1 166 747	10,6	1 261 472	10,7
CH = CHSGS + CHSP	5 265 130	55,5	5 230 969	54,8	5 496 521	54,7	6 034 659	54,9	6 434 682	54,8
CHSLD	2 048 227	21,6	2 047 908	21,5	2 111 692	21,0	2 287 902	20,8	2 428 099	20,7
CR = CR PAT + CR PDI + CR PDP	639 652	6,7	646 604	6,8	691 416	6,9	743 871	6,8	825 937	7,0
CJ = CPEJ + CR JDA + CR MDA	635 508	6,7	637 236	6,7	671 939	6,7	727 436	6,6	773 650	6,6
ARSSS	9 790	0,1	9 363	0,1	10 328	0,1	25 218	0,2	28 295	0,2
TOTAL	9 489 514	100	9 538 749	100	10 049 632	100	10 985 833	100	11 752 135	100

Les missions exclusives	02-03 (,000\$) (%)		03-04 (,000\$) (%)		04-05 (,000\$) (%)		05-06 (,000\$) (%)		06-07 (,000\$) (%)	
CLSC	1 329 968	10,9	1 458 694	11,2	1 516 360	11,4	1 637 484	11,6	1 732 550	11,6
CH = CHSGS + CHSP	6 669 364	54,4	7 094 142	54,4	7 294 532	54,6	7 799 597	55,0	8 226 514	55,0
CHSLD	2 517 976	20,5	2 614 943	20,0	2 621 627	19,6	2 712 748	19,1	2 839 743	19,0
CR = CR PAT + CR PDI + CR PDP	888 888	7,3	977 226	7,5	1 023 516	7,7	1 087 045	7,7	1 163 064	7,8
CJ = CPEJ + CR JDA + CR MDA	816 262	6,7	862 886	6,6	872 356	6,5	906 631	6,4	950 219	6,4
ARSSS	33 137	0,3	35 287	0,3	21 341	0,2	28 748	0,2	35 381	0,2
TOTAL	12 255 595	100	13 043 178	100	13 349 732	100	14 172 253	100	14 947 471	100

1. Il s'agit des coûts directs bruts liés aux activités PRINCIPALES des établissements, tels que présentés au bas des pages 650 du rapport financier annuel des établissements (AS-471). Par conséquent, ces coûts excluent les dépenses pour les activités accessoires, les immobilisations et les charges non réparties par centre d'activités. Il faut noter que, dans les coûts directs bruts, les montants relatifs aux « déductions » (ventes de services, recouvrements, transferts de frais généraux) n'ont pas été soustraits.

Source : Système M30, regroupant les rapports financiers annuels des établissements publics et privés conventionnés du réseau (formulaire AS-471), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Tableau
C5

Évolution des dépenses¹ encourues pour
les activités principales des établissements publics et privés conventionnés
 du réseau sociosanitaire du Québec, selon le champ d'application²,
 de 1990-1991 à 2006-2007

Champ d'appl. Dépenses	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07
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	9 809 313	10 721 187	11 453 066	11 942 995	12 715 281	13 100 101	13 867 547	14 630 788
% CHAMP	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	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	6 681 042	7 372 576	7 876 847	8 301 228	8 911 331	9 208 515	9 799 729	10 326 731
% CHAMP	62,5	63,1	63,6	64,5	65,1	65,9	65,7	65,8	67,9	68,1	68,8	68,8	69,5	70,1	70,3	70,7	70,6
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	1 129 850	1 221 341	1 280 393	1 358 046	1 379 666	1 431 985	1 535 259
% CHAMP	12,7	12,7	12,8	12,3	12,2	11,8	11,0	10,6	10,5	10,6	10,5	10,7	10,7	10,7	10,5	10,3	10,5
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	2 061 720	2 210 284	2 227 675	2 310 885	2 367 243	2 478 803	2 604 639
% CHAMP	23,4	23,0	22,5	22,0	21,6	21,2	20,2	19,6	19,7	19,3	19,2	19,3	18,7	18,2	18,1	17,9	17,8
Recherche, formation et perfectionnement	64 031	65 037	64 769	64 359	59 118	56 692	62 060	30 411	14 338	14 405	14 087	14 859	15 246	15 418	23 073	24 306	27 098
% CHAMP	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Divers	40 909	37 519	38 684	51 525	47 654	47 509	221 126	342 800	167 729	180 136	142 954	129 735	118 453	119 601	121 604	132 724	137 061
% CHAMP	0,5	0,4	0,4	0,6	0,5	0,5	2,4	3,7	1,8	1,8	1,3	1,1	1,0	0,9	0,9	1,0	0,9
Total du soutien ³	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	3 348 611	3 576 219	3 641 767	3 803 950	3 891 586	4 067 818	4 304 057
% CHAMP	37,5	36,9	36,4	35,5	34,9	34,1	34,3	34,2	32,1	31,9	31,2	31,2	30,5	29,9	29,7	29,3	29,4

1. Il s'agit de dépenses nettes, c'est-à-dire, en excluant les déductions et les 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. L'univers d'application des dépenses est déterminé à partir d'un code à deux positions où la première indique le champ d'application et la seconde, le secteur d'application; ces codes ont été alloués par les responsables de la base SIFO, à partir de leur interprétation de la définition des c/a utilisés dans le réseau, qui apparaissent dans les différents « Manuels de gestion financière ». Par conséquent, cette structure est différente de celle développée à la Direction de l'allocation des ressources, et qui est articulée autour de neuf programmes-services et deux programmes-soutien.

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

Source: Base de données SIFO, 1990-1991 à 2006-2007, service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
C6

Dépenses réelles nettes selon le programme-clientèles,
de 1993-1994 à 2001-2002, et selon le programme-services et le programme-soutien,
de 2001-2002 à 2006-2007, **au sein des établissements publics**
et privés conventionnés du réseau socio-sanitaire du Québec
(en milliers de dollars)

Programme ¹	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07
Programmes-clientèles	9 380 514	9 432 579	9 387 041	9 262 656	9 147 673	9 386 781	9 918 060	10 857 347	11 628 511	...	...	...	...	...
Santé physique	4 416 377	4 434 659	4 400 022	4 141 671	4 095 930	4 281 721	4 567 504	5 017 065	5 398 273	...	...	...	...	...
Santé mentale	817 021	853 491	846 736	874 182	906 824	890 017	928 623	1 002 522	1 040 006	...	...	...	...	...
Santé publique	187 913	181 950	188 874	219 976	238 327	238 451	244 678	249 783	272 877	...	...	...	...	...
Personnes âgées en perte d'autonomie	2 355 053	2 285 725	2 283 167	2 356 816	2 318 535	2 297 760	2 388 027	2 611 615	2 827 647	...	...	...	...	...
Déficience intellectuelle	488 864	503 979	491 033	479 347	466 818	488 906	509 800	575 186	620 722	...	...	...	...	...
Déficience physique	317 853	340 424	341 349	358 331	361 477	385 495	425 495	474 845	479 387	...	...	...	...	...
Alcoolisme et toxicomanie	45 773	46 824	50 934	54 117	53 852	57 259	62 159	68 248	74 545	...	...	...	...	...
Jeunes et leur famille	751 660	785 527	784 926	778 216	705 910	747 172	791 774	858 083	915 054	...	...	...	...	...
Programmes-services	...	...	...	...	...	...	...	...	8 455 749	8 943 784	9 609 196	9 918 685	10 574 244	11 162 124
Santé physique	...	...	...	...	...	...	...	...	3 780 843	4 067 325	4 376 838	4 518 388	4 972 056	5 243 525
Santé mentale	...	...	...	...	...	...	...	...	715 606	757 121	794 630	819 704	836 630	900 464
Santé publique	...	...	...	...	...	...	...	...	145 393	163 612	190 750	221 287	237 113	252 289
Perte d'autonomie liée au vieillissement	...	...	...	...	...	...	...	...	1 841 716	1 880 588	1 994 996	2 035 385	2 089 350	2 204 955
Déficience intellectuelle et TED ²	...	...	...	...	...	...	...	...	507 446	535 332	584 716	590 291	642 644	689 039
Déficience physique	...	...	...	...	...	...	...	...	311 633	317 787	355 145	368 380	393 044	408 646
Dépendances	...	...	...	...	...	...	...	...	57 226	60 683	64 953	71 481	73 662	78 307
Jeunes en difficulté	...	...	...	...	...	...	...	...	720 282	760 933	823 748	820 377	850 591	874 637
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	...	...	...	...	...	...	...	...	375 604	400 403	423 420	473 392	479 154	510 262
Programmes-soutien	...	...	...	...	...	...	...	...	3 172 760	3 257 208	3 409 417	3 512 443	3 648 667	3 852 885
Administration et soutien aux services	...	...	...	...	...	...	...	...	2 028 739	2 087 582	2 204 166	2 265 888	2 317 224	2 437 779
Gestion des bâtiments et des équipements	...	...	...	...	...	...	...	...	1 144 021	1 169 626	1 205 251	1 246 555	1 331 443	1 415 106
Total « services - soutien »									11 628 509	12 200 992	13 018 613	13 431 128	14 222 911	15 015 009

... : N'ayant pas lieu de figurer.

1. Un redécoupage des programmes a été effectué en 2001-2002; les huit programmes-clientèles ont été redéfinis en neuf programmes-services et deux programmes-soutien.

2. TED: Trouble envahissant du développement.

Sources: Les dépenses du réseau de la santé et des services sociaux par programme-clientèle, Direction générale du financement et de l'équipement, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca;
Contour financier, Les programmes-services et les programmes-soutien du réseau de la santé et des services sociaux,
Direction générale de la coordination, du financement et de l'équipement, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Tableau
C7

Évolution de certains indicateurs statistiques
**reliés aux heures consacrées aux activités principales¹ des établissements
 publics et privés** conventionnés du réseau sociosanitaire du Québec,
 de 1994-1995 à 2006-2007
 (en milliers de dollars)

Indicateur	Unité	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
Nombre d'heures travaillées		274 416	267 703	258 040	250 528	252 140	261 235	267 142
Nombre d'heures rémunérées		349 417	342 681	335 135	324 906	324 364	337 616	347 931
Salaires et avantages sociaux	(,000 \$)	7 320 864	7 275 865	7 295 398	7 261 812	7 137 925	7 448 276	8 121 900
Coûts directs bruts	(,000 \$)	9 546 589	9 472 231	9 478 093	9 489 150	9 538 736	10 049 643	10 984 760
Ratio « Hres trav. / Hres rém. »		0,79	0,78	0,77	0,77	0,78	0,77	0,77
Sal.+ av. soc. / coûts dir. bruts	(%)	76,7	76,8	77,0	76,5	74,8	74,1	73,9
Sal.+ av. soc. / Hres rém.	(\$)	20,95	21,23	21,77	22,35	22,01	22,06	23,34
Coûts dir. bruts / Hres trav.	(\$)	34,79	35,38	36,73	37,88	37,83	38,47	41,12
Indicateur	Unité	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07	
Nombre d'heures travaillées		272 183	275 709	281 982	285 462	291 531	295 308	
Nombre d'heures rémunérées		356 284	360 374	368 416	374 521	380 622	388 102	
Salaires et avantages sociaux	(,000 \$)	8 598 044	8 892 788	9 398 941	9 552 118	9 767 965	10 223 674	
Coûts directs bruts	(,000 \$)	11 751 094	12 254 616	13 041 970	13 397 178	14 169 895	14 942 332	
Ratio « Hres trav. / Hres rém. »		0,76	0,77	0,77	0,76	0,77	0,76	
Sal.+ av. soc. / coûts dir. bruts	(%)	73,2	72,6	72,1	71,3	68,9	68,4	
Sal.+ av. soc. / Hres rém.	(\$)	24,13	24,68	25,51	25,50	25,66	26,34	
Coûts dir. bruts / Hres trav.	(\$)	43,17	44,45	46,25	46,93	48,61	50,60	

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.

Source: Base de données SIFO, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
C8Évolution des montants
consacrés au soutien à domicile,
au Québec,
de 1994-1995 à 2006-2007

Année financière	Montants accordés (en milliers \$)	Indice évolutif	Taux de croissance annuel (%)	Montants par personne (\$)	Proportion de la mission SSS (%)
1994-1995	297 495	100		41,37	2,28
1995-1996	331 959	112	11,6	45,98	2,53
1996-1997	383 754	129	15,6	52,95	2,98
1997-1998	409 589	138	6,7	56,30	3,17
1998-1999	457 964	154	11,8	62,77	3,14
1999-2000	508 703	171	11,1	69,46	3,43
2000-2001	554 720	186	9,0	75,40	3,45
2001-2002	596 349	200	7,5	80,62	3,47
2002-2003	625 402	210	4,9	84,02	3,49
2003-2004	688 544	231	10,1	91,98	3,62
2004-2005	726 465	244	5,5	96,51	3,53
2005-2006	759 104	255	4,5	100,33	3,59
2006-2007	811 531	273	6,9	106,74	3,61
V.A.M. ¹ (%)	8,7			8,2	

1. Variation annuelle moyenne.

Source: Direction de l'allocation des ressources, Direction générale adjointe du budget, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Tableau
C9

Frais d'administration et coûts des programmes administrés

par la Régie de l'assurance maladie du Québec,
de 1990-1991 à 2006-2007

Programmes	Indicateur	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07	V.A.M. ⁷ (%)
Services médicaux	(,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	2 671 789	2 830 498	3 001 422	3 170 297	3 394 144	3 410 161	3 571 571	3,94
	Indice évolutif	100	108	112	116	119	119	120	116	120	142	139	147	156	165	176	177	186	
Médicaments et services pharmaceutiques ¹	(,000 \$)	518 093	629 383	653 934	694 283	755 780	821 878	739 627	876 332	1 032 160	1 230 623	1 518 059	1 729 713	1 914 108	2 121 542	2 273 277	2 423 400	2 638 305	10,71
	Indice évolutif	100	121	126	134	146	159	143	169	199	238	293	334	369	409	439	468	509	
Services dentaires ²	(,000 \$)	116 411	140 836	110 384	116 189	116 792	120 542	106 694	109 087	94 502	97 153	81 844	83 432	130 574	87 369	108 719	104 795	103 821	-0,71
	Indice évolutif	100	121	95	100	100	104	92	94	81	83	70	72	112	75	93	90	89	
Services hospitaliers ³	(,000 \$)	127 021	133 337	124 231	113 571	119 035	112 485	99 064	94 372	93 567	94 196	102 720	88 237	105 114	119 213	131 217	140 917	151 849	1,12
	Indice évolutif	100	105	98	89	94	89	78	74	74	74	81	69	83	94	103	111	120	
Aides techniques	(,000 \$)	45 835	47 876	71 378	89 828	93 596	88 738	87 677	68 256	71 733	75 610	83 436	90 615	101 611	107 546	102 493	109 337	127 667	6,61
	Indice évolutif	100	104	156	196	204	194	191	149	157	165	182	198	222	235	224	239	279	
Services optométriques	(,000 \$)	52 490	59 732	42 819	26 431	24 570	25 293	24 794	24 247	23 776	25 758	26 890	36 009	32 828	31 741	34 349	35 448	35 604	-2,40
	Indice évolutif	100	114	82	50	47	48	47	46	45	49	51	69	63	60	65	68	68	
Autres ⁴	(,000 \$)	28 336	32 763	13 133	13 169	13 192	13 050	8 545	8 767	9 060	10 509	12 901	10 292	9 501	22 584	11 705	11 291	10 230	-6,17
	Indice évolutif	100	116	46	46	47	46	30	31	32	37	46	36	34	80	41	40	36	
Services d'aide domestique ⁵	(,000 \$)								3 410	8 023	19 890	31 108	37 189	41 263	41 810	42 840	42 080	45 715	
Frais d'administration	(,000 \$)	69 240	72 800	85 940	77 992	74 572	73 223	81 968	90 428	92 839	94 678	95 885	104 638	114 002	136 083	127 596	131 768	137 357	4,37
	Indice évolutif	100	105	124	113	108	106	118	131	134	137	138	151	165	197	184	190	198	
TOTAL⁶	(,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	4 624 632	5 010 623	5 450 423	5 838 185	6 226 340	6 409 197	6 822 119	5,53
	Indice évolutif	100	111	113	117	121	123	120	122	129	152	160	174	189	203	216	222	237	

1. Instauration de l'assurance médicaments le 1^{er} août 1996.

2. Des reclassements de montants ont été effectués en 2004-2005 pour rendre la classification par programme conforme à ce qu'elle est en 2005-2006.

3. Services hospitaliers hors Québec.

4. Comprend les bourses d'études et de recherche, ainsi que l'aide aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C.

5. Exonération financière pour les services d'aide domestique instaurée en octobre 1996, administrée par la RAMQ depuis décembre 1997.

6. Les recouvrements des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour des soins hospitaliers n'ont pas été soustraits

(3,8 M\$ en 1998-1999 et 1999-2000; 4,3 M\$ en 2000-2001; 3,9 M\$ en 2001-2002; 4,6 M\$ en 2002-2003;

5,9 M\$ en 2003-2004; 4,6 M\$ en 2004-2005; 6 M\$ en 2005-2006; et, 7,3 M\$ en 2006-2007).

La perte sur disposition de placement de 3,7 M\$ n'a pas été ajoutée en 2002-2003.

7. Variation annuelle moyenne.

Source : Rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec, États financiers, années respectives www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, mars 2008.

Tableau
C10

Montants versés
aux médecins « actifs »,
selon le mode de rémunération, au Québec,
de 1990 à 2007

Année civile	À l'acte et à l'unité (\$)	À salaire (\$)	À honoraires forfaitaires (\$)	Total (\$)
1990	1 529 495 177	82 434 407	122 800 072	1 734 729 656
1991	1 623 977 961	84 808 871	146 778 808	1 855 565 640
1992	1 710 803 418	87 747 986	158 653 379	1 957 204 783
1993	1 770 578 673	87 550 871	165 097 297	2 023 226 841
1994	1 800 428 132	91 645 101	167 885 522	2 059 958 755
1995	1 828 196 420	87 501 659	179 437 538	2 095 135 617
1996	1 804 786 520	83 345 205	191 509 614	2 079 641 339
1997	1 796 078 154	77 463 890	198 630 671	2 072 172 715
1998	1 820 587 801	70 914 368	209 690 998	2 101 193 167
1999	1 924 360 122	66 926 361	237 991 119	2 229 277 602
2000	1 942 003 641	66 646 692	342 620 679	2 351 271 012
2001	2 118 205 824	68 496 123	401 995 073	2 588 697 020
2002	2 134 292 680	71 682 996	444 080 150	2 650 055 826
2003	2 289 402 548	74 963 539	504 897 108	2 869 263 195
2004	2 398 696 706	73 579 775	569 436 867	3 041 713 348
2005	2 436 499 143	72 371 027	589 217 845	3 098 088 015
2006	2 510 078 820	70 886 936	614 512 732	3 195 478 488
2007 ¹	2 633 485 080	69 590 680	676 944 076	3 380 019 837

1. En 2007, il s'agit d'une projection.

Source : Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
C11

Nombre, coût et coût moyen des services dentaires couverts par l'assurance maladie du Québec, rémunération à l'acte, tous programmes confondus, de 1990 à 2007

Indicateurs	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07 ¹
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	2 468 204	2 365 941	2 275 126	2 222 834	2 226 289	2 145 806	2 091 374	2 058 924
Indice évolutif	100	104	89	78	82	84	85	60	60	57	54	52	50	49	49	47	46	45
Variation annuelle (%)		4,3	-14,7	-12,0	4,3	3,3	0,4	-29,7	0,1	-4,3	-5,5	-4,1	-3,8	-2,3	0,2	-3,6	-2,5	-1,6
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	79 234 188	76 595 054	74 401 957	89 853 182	96 205 850	92 603 790	89 775 470	86 431 323
Indice évolutif	100	104	103	106	109	112	114	77	78	75	72	69	67	81	87	84	81	78
Variation annuelle (%)		4,4	-1,0	2,7	2,5	3,2	1,2	-32,4	1,7	-3,7	-4,5	-3,3	-2,9	20,8	7,1	-3,7	-3,1	-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	32,10	32,37	32,70	40,42	43,21	43,16	42,93	41,98
Indice évolutif	100	100	116	136	133	133	134	129	131	132	133	134	136	168	179	179	178	174
Variation annuelle (%)		0,1	16,1	16,7	-1,8	-0,1	0,7	-3,8	1,5	0,6	1,1	0,8	1,0	23,6	6,9	-0,1	-0,5	-2,2

1. En 2007, il s'agit d'une projection.

Source : Informations extraites des Statistiques annuelles de la RAMQ www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
C12

Nombre, coût et coût moyen des services optométriques couverts par l'assurance maladie du Québec, tous programmes confondus, de 1990 à 2007

Indicateurs	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07 ¹
Nombre de services																		
	3 613 693	3 756 057	3 256 111	1 999 652	1 567 459	1 592 476	1 633 476	1 581 585	1 606 423	1 661 722	1 704 064	1 758 605	1 825 392	1 882 491	1 982 234	2 011 238	2 095 031	2 132 857
Indice évolutif	100	104	90	55	43	44	45	44	44	46	47	49	51	52	55	56	58	59
Variation annuelle (%)		3,9	-13,3	-38,6	-21,6	1,6	2,6	-3,2	1,6	3,4	2,5	3,2	3,8	3,1	5,3	1,5	4,2	1,8
Coût des services																		
(\$)	53 267 573	57 177 905	48 623 688	30 850 195	24 573 726	24 978 918	25 716 923	24 566 584	24 753 869	25 894 443	27 798 751	29 122 176	30 051 105	31 307 598	32 652 250	33 047 765	34 158 232	35 274 679
Indice évolutif	100	107	91	58	46	47	48	46	46	49	52	55	56	59	61	62	64	66
Variation annuelle (%)		7,3	-15,0	-36,6	-20,3	1,6	3,0	-4,5	0,8	4,6	7,4	4,8	3,2	4,2	4,3	1,2	3,4	3,3
Coût moyen des services																		
(\$)	14,74	15,22	14,93	15,43	15,68	15,69	15,74	15,53	15,41	15,58	16,31	16,56	16,46	16,63	16,47	16,43	16,30	16,54
Indice évolutif	100	103	101	105	106	106	107	105	105	106	111	112	112	113	112	111	111	112
Variation annuelle (%)		3,3	-1,9	3,3	1,6	0,1	0,4	-1,3	-0,8	1,1	4,7	1,5	-0,6	1,0	-1,0	-0,2	-0,8	1,4
Coût moyen par participant																		
(\$)	34,23	35,78	35,77	34,14	33,43	33,51	33,63	32,43	31,62	31,64	31,72	32,04	35,19	35,48	36,39	36,25	36,51	37,12
Indice évolutif	100	105	104	100	98	98	98	95	92	92	93	94	103	104	106	106	107	108
Variation annuelle (%)		4,5	0,0	-4,6	-2,1	0,2	0,4	-3,6	-2,5	0,1	0,3	1,0	9,8	0,8	2,6	-0,4	0,7	1,7

1. En 2007, il s'agit d'une projection.

Source : Informations extraites des Statistiques annuelles de la RAMQ www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
C13

Volume et coût des médicaments et des services pharmaceutiques couverts par le régime d'assurance médicaments du Québec, selon le groupe de personnes assurées, de 1990 à 2007

Clientèles Indicateurs	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07 ¹
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	10 458 418	11 696 297	13 009 471	14 223 305	15 375 143	16 675 403	17 684 882	18 851 187	20 713 757
Indice évolutif	100	109	120	125	133	141	139	132	140	150	168	187	205	221	240	254	271	298
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	305 288 639	359 083 479	408 761 528	455 029 640	497 537 177	534 779 183	555 049 287	589 177 117	596 200 000
Indice évolutif	100	118	141	154	162	178	177	189	216	250	293	334	372	407	437	454	482	487
Coût brut moyen par ordonnance (\$)	17,59	18,94	20,66	21,60	21,47	22,20	22,38	25,13	27,20	29,19	30,70	31,42	31,99	32,36	32,07	31,39	31,25	28,78
Franchise et coassurance							10 932 094	34 321 168	31 537 525	27 575 706	15 643 088	15 386 328	15 424 870	15 923 150	15 930 888	15 558 872	15 336 059	15 500 000
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	277 712 933	343 440 391	393 375 200	439 604 770	481 614 027	518 848 295	539 490 415	573 841 058	580 700 000
Nombre de participants	418 994	463 233	505 454	551 195	582 652	606 735	591 917	498 328	467 292	436 837	414 706	398 038	387 648	379 828	372 004	362 401	355 395	373 398
Indice évolutif	100	111	121	132	139	145	141	119	112	104	99	95	93	91	89	86	85	89
Coût net moyen par participant (\$)	292,02	310,43	341,58	341,52	341,13	358,56	348,20	395,25	498,69	635,74	828,15	988,29	1 134,03	1 267,98	1 394,74	1 488,66	1 614,66	1 555,18
Indice évolutif	100	106	117	117	117	123	119	135	171	218	284	338	388	434	478	510	553	533
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	31 641 365	36 027 927	41 187 683	45 953 330	51 163 797	56 963 651	61 847 463	68 226 542	77 533 481
Indice évolutif	100	109	106	104	110	117	123	122	132	146	166	190	212	236	262	285	314	357
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	834 008 602	995 457 705	1 160 618 226	1 309 093 498	1 460 090 529	1 603 082 582	1 704 618 338	1 852 423 364	1 901 400 000
Indice évolutif	100	117	123	130	147	161	167	167	187	215	257	300	338	377	414	440	478	491
Coût brut moyen par ordonnance (\$)	17,85	19,22	20,77	22,27	23,94	24,58	24,18	24,40	25,20	26,36	27,63	28,18	28,49	28,54	28,14	27,56	27,15	24,52
Franchise, contribution de 2\$ et coassurance					35 492 227	37 494 972	84 714 204	177 264 836	185 609 166	202 456 763	225 215 069	247 608 675	279 803 372	320 632 543	345 162 445	361 715 177	384 758 004	393 000 000
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	631 551 839	770 242 636	913 009 551	1 029 290 126	1 139 457 986	1 257 920 137	1 342 903 161	1 467 665 360	1 508 400 000
Nombre de participants	653 481	673 953	685 564	710 250	734 684	757 526	777 940	728 960	739 221	755 159	771 121	789 950	803 365	818 632	835 902	854 163	877 982	911 932
Indice évolutif	100	103	105	109	112	116	119	112	113	116	118	121	123	125	128	131	134	140
Coût net moyen par participant (\$)	592,93	672,71	694,62	706,60	726,51	773,32	723,76	646,10	728,65	836,32	998,86	1 155,78	1 281,22	1 391,91	1 504,87	1 572,19	1 671,63	1 654,07
Indice évolutif	100	113	117	119	123	130	122	109	123	141	168	195	216	235	254	265	282	279
Adhérents au régime d'assurance médicaments																		
Nombre d'ordonnances	...	...	...	...	...	...	...	9 548 024	11 266 119	12 713 749	14 326 361	15 785 593	16 822 638	17 386 226	18 198 995	18 774 627	19 852 025	20 819 774
Coût brut des ordonnances (\$)	...	...	...	...	...	...	...	239 878 905	303 015 942	364 500 139	434 013 814	502 620 059	560 638 132	607 427 826	649 324 666	675 811 319	731 368 177	749 400 000
Coût brut moyen par ordonnance (\$)	...	...	...	...	...	...	...	25,12	26,90	28,67	30,29	31,84	33,33	34,94	35,68	36,00	36,84	35,99
Franchise et coassurance (\$)	...	...	...	...	...	...	...	75 330 892	85 209 066	97 587 684	110 889 703	123 895 666	139 432 598	157 367 223	168 250 738	177 025 906	189 913 334	195 300 000
Coût net des ordonnances (\$)	...	...	...	...	...	...	...	164 548 013	217 806 876	266 912 455	323 124 111	378 724 393	421 205 534	450 060 603	481 073 928	498 785 413	541 454 843	554 100 000
Nombre d'adhérents	...	...	...	...	...	...	...	1 391 941	1 510 485	1 609 848	1 675 605	1 723 204	1 725 331	1 714 897	1 715 058	1 718 464	1 699 649	1 703 437
Nombre de participants	...	...	...	...	...	...	...	824 743	907 325	969 182	1 007 572	1 033 625	1 031 008	1 014 330	1 009 234	1 015 784	1 022 890	1 145 173
Coût net moyen par participant (\$)	...	...	...	...	...	...	...	199,51	240,05	275,40	320,70	366,40	408,54	443,70	476,67	491,03	529,34	483,86

... : N'ayant pas lieu de figurer.

1. En 2007, il s'agit d'estimations.

Source: Informations extraites des Statistiques annuelles de la RAMQ www.ramq.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.

Tableau
C14

Coût moyen par bénéficiaire des services d'aides techniques couverts par le régime d'assurance maladie du Québec, selon le programme, de 1990 à 2007

Programmes Indicateurs	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07 ²
Appareils suppléant à une déficience physique																		
Nombre de bénéficiaires	44 198	47 436	51 179	52 651	46 625	47 726	49 618	50 858	53 476	53 656	58 429	62 384	64 785	65 899	69 307	71 423	74 688	76 917
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	50 518 205	55 401 957	61 568 473	65 247 555	70 312 046	75 082 441	81 002 661	85 463 514
Coût moyen par bénéficiaire (\$)	773,04	755,90	812,10	874,59	930,85	905,29	924,02	847,98	860,36	849,52	864,61	888,08	950,35	990,11	1 014,50	1 051,24	1 084,55	1 111,11
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	8 151	4 729	8 133	5 048	8 259	5 657	8 346	6 372
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	1 737 829	1 004 179	1 737 161	1 070 462	1 769 274	1 200 428	1 787 631	1 287 939
Coût moyen par bénéficiaire (\$)	53,18	59,67	224,84	364,02	267,78	267,98	240,55	228,90	214,27	211,05	213,20	212,34	213,59	212,06	214,22	212,20	214,19	202,12
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	28 018	27 676	45 303	48 425	50 329	52 837	56 002	58 208
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	12 353 308	15 317 891	14 620 410	16 700 469	18 300 086	19 704 448	22 249 490	27 812 876	31 364 033
Coût moyen par bénéficiaire (\$)	386,85	417,01	475,17	427,21	389,81	296,47	268,36	254,31	502,24	533,78	546,72	528,27	368,64	377,91	391,51	421,10	496,64	538,83
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	9 227	9 443	9 608	9 730	10 001	10 211	10 319	10 538
Coût du programme (\$)	2 180 055	2 418 663	4 756 517	5 454 368	5 239 182	5 756 593	5 036 972	5 505 199	6 058 442	5 758 724	5 868 117	6 061 484	6 192 096	6 282 057	6 506 629	6 662 321	7 116 646	7 371 882
Coût moyen par bénéficiaire (\$)	324,08	355,79	644,86	670,23	638,77	682,38	635,82	637,25	678,66	637,24	635,97	641,90	644,47	645,64	650,60	652,47	689,66	699,55
Aides visuelles¹																		
Nombre de bénéficiaires	2 674	3 053	3 293	4 136	5 098	5 721	6 062	5 833	6 241	6 631	7 372	7 263	7 789	7 991	8 149	8 147	8 680	8 778
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	3 237 433	4 241 736	3 720 751	3 872 205	3 940 994	4 383 106	4 033 206	4 635 129	4 681 235
Coût moyen par bénéficiaire (\$)	614,36	629,55	793,00	916,58	906,44	846,98	697,94	419,48	471,62	488,23	575,38	512,29	497,14	493,18	537,87	495,05	534,00	533,29
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	2 011	2 058	2 039	2 143	2 149	2 253	2 225	2 286
Coût du programme (\$)	117 685	151 990	390 523	371 905	396 520	386 300	371 905	336 004	340 510	356 406	336 029	332 653	341 887	370 379	369 816	386 044	352 713	382 136
Coût moyen par bénéficiaire (\$)	62,17	84,91	208,72	193,80	202,62	193,25	184,20	169,70	176,34	181,56	167,10	161,64	167,67	172,83	172,09	171,35	158,52	167,16
Ensemble des programmes																		
Nombre de bénéficiaires	66 562	70 826	76 737	108 383	128 625	139 808	145 347	115 025	97 478	98 622	113 208	113 553	137 657	139 236	148 194	150 528	160 260	163 099
Coût des programmes (\$)	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	68 172 415	78 019 807	81 141 434	90 412 291	95 211 533	103 045 319	109 613 930	122 707 656	130 550 739
Coût moyen par bénéficiaire (\$)	625,42	628,44	714,09	673,01	611,30	546,67	527,48	551,81	680,32	691,25	689,17	714,57	656,79	683,81	695,34	728,20	765,68	800,44

1. À partir de 1999, incluant les frais d'entretien pour les chiens-guides.

2. En 2007, il s'agit d'une projection.

Source : Informations extraites des Statistiques annuelles de la RAMO www.ramq.gouv.qc.ca.
MSSS, SDI, avril 2008.

Montants accordés aux organismes communautaires, selon le type d'organismes, au Québec, de 1991-1992 à 2007-2008

Année financière	Organismes régionaux (\$)	Organismes nationaux (\$)	Total (\$)	Taux de croissance annuel (%)	Proportion de la mission SSS (%)
1991-1992	..	..	65 089 600		0,5
1992-1993	..	..	76 430 000	17,4	0,6
1993-1994	..	..	85 585 600	12,0	0,7
1994-1995	..	..	98 147 437	14,7	0,8
1995-1996	..	..	127 485 854	29,9	1,0
1996-1997	..	..	150 380 572	18,0	1,2
1997-1998	..	..	181 367 477	20,6	1,4
1998-1999	..	..	199 764 598	10,1	1,4
1999-2000	..	..	212 565 423	6,4	1,4
2000-2001	227 362 694	4 913 110	232 275 804	9,3	1,4
2001-2002	250 871 226	5 728 006	256 599 232	10,5	1,5
2002-2003	268 366 138	5 967 160	274 333 298	6,9	1,5
2003-2004	295 571 548	6 791 001	302 362 549	10,2	1,6
2004-2005	318 106 349	8 452 632	326 558 981	8,0	1,6
2005-2006	340 591 460	8 284 272	348 875 732	6,8	1,6
2006-2007	361 547 494	8 384 619	369 932 113	6,0	1,6
2007-2008	390 417 145	8 822 890	399 240 035	7,9	1,6
V.A.M. ¹ (%)			12,0		

.. : Donnée non disponible.

1. Variation annuelle moyenne.

Sources : Données extraites du Système SBF-R par le Service des activités communautaires, Direction générale des services sociaux; ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca

Direction de l'allocation des ressources, Direction générale adjointe du budget, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca.

MSSS, SDI, avril 2008.



Annexes

ANNEXE 1

BREFS RAPPELS HISTORIQUES AU SUJET DE LA RÉGIONALISATION AU SEIN DU SYSTÈME SOCIOSANITAIRE QUÉBÉCOIS

L'objectif premier de la régionalisation est la recherche d'une meilleure adaptation de l'organisation des services de santé et des services sociaux à la réalité de chacune des régions, et ce, compte tenu des caractéristiques démographiques, socio-économiques et sociosanitaires propres à chacune d'entre elles. Plusieurs projets de loi ont marqué l'évolution de la régionalisation au Québec. Parmi les plus importants, on peut citer les projets de loi 65, 27, 120, 116, 28, 25 et 83. Sauf le dernier, chacun de ces projets a été précédé d'une commission d'étude. Bien que chacun de ces projets de loi possède ses particularités, chacun a eu pour but ultime de se rapprocher davantage de l'objectif fondamental, soit la régionalisation.

Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux

Le premier jalon important posé dans le sens de la régionalisation se situe en novembre 1966, lors de la création de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Celle-ci, présidée par monsieur Claude Castonguay, jusqu'en mars 1970, puis par monsieur Gérard Nepveu par la suite, propose, entre autres éléments de réforme, une décentralisation administrative sur la base de trois régions, chacune dotée d'un office régional de la santé (ORS), pour la planification, la programmation et le contrôle administratif, ainsi que d'un conseil régional de la santé (CRS) afin de susciter la participation du public.

Avec son entrée en politique active, le ministre Castonguay concrétise certaines recommandations de la commission Castonguay-Nepveu. La formule de décentralisation présentée dans une première version du projet 65 apparaissant peu viable, il propose alors un regroupement des instances, un découpage territorial en douze régions sociosanitaires et la création de l'Office régional des affaires sociales (ORAS). Mais, c'est avec la version finale du projet de loi 65 que sont créés les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS).

Avec le temps, cependant, on constate que les CRSSS n'ont pas de pouvoir réel et que les conseils d'administration font une large place aux représentants des établissements au détriment de ceux de la population. Ainsi, en 1981, le gouvernement sanctionne le projet de loi 27 qui vient, d'une part, modifier la composition des conseils d'administration, afin d'en améliorer la représentativité, et d'autre part, donner un peu plus de responsabilités aux CRSSS.

Les régies régionales de la santé et des services sociaux

À la suite des travaux de la commission Rochon, instaurée en 1988, on propose le remplacement des CRSSS par des régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS), qui auront une autonomie de gestion et desquelles on exigera une responsabilité accrue. Avec la sanction du projet de loi 120, en 1991, les régies régionales sont finalement créées par le ministre Marc-Yvan Côté; leurs conseils d'administration furent officiellement formés le 1^{er} octobre 1992. Ainsi, le projet de loi 120 marque le début de l'ère contemporaine de la régionalisation.

En 1996, le ministre Jean Rochon fait adopter le projet de loi 116 qui modifie la composition des conseils d'administration des régies régionales afin d'en élargir la représentativité.

La commission Clair, créée en 2000, vient non seulement confirmer la nécessité des régies régionales responsables et imputables envers le Ministère, mais suggère également de leur conférer une large marge de manœuvre assortie de l'autonomie nécessaire pour leur permettre d'actualiser les orientations ministérielles, d'organiser les services dans la région et d'allouer les ressources financières aux établissements.

C'est par le projet de loi 28, sanctionné en 2001, que la gestion axée sur les résultats, doublée d'un renforcement de l'imputabilité entre les différents paliers de gestion, est entrée dans le réseau sociosanitaire. C'est également par ce projet de loi que le Forum de la population a été créé, dont l'un des mandats est d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être, en fonction de la dynamique de chaque région.

Les agences régionales de la santé et des services sociaux

Avec le projet de loi 25, sanctionné en 2003, s'amorce un nouveau cycle de transformation significatif du réseau sociosanitaire québécois. En plus de maintenir en fonction le Forum de la population et de confirmer la nécessité du palier régional, ce projet de loi vise une plus forte décentralisation vers le palier local.

Les régies régionales sont remplacées par des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS). En fait, pour une période de transition de deux ans, les fonctions et les responsabilités des régies régionales sont transférées aux agences, en plus d'y ajouter deux nouvelles responsabilités, soit la création et la coordination des réseaux locaux de services (RLS).

Puis, en 2005, le projet de loi 83 permet de franchir une étape importante dans l'organisation et l'administration des services de santé et des services sociaux. Cette nouvelle législation permet, entre autres, de clarifier les responsabilités des divers paliers du réseau, à la suite de la mise en place des 95 RLS. Au sein de ceux-ci, sont regroupés un ou plusieurs CLSC, CHSGS et CHSLD, chapeautés par une instance locale, le centre de santé et de services sociaux (CSSS). De plus, les ADRLSSSS deviennent des agences régionales de la santé et des services sociaux (ARSSS).

ANNEXE 2

BREFS RAPPELS HISTORIQUES AU SUJET DE LA PARTICIPATION DE LA POPULATION À LA GESTION DU SYSTÈME SOCIO SANITAIRE QUÉBÉCOIS

Un des principes fondamentaux des sociétés démocratiques consiste à associer les citoyens aux décisions qui les touchent. En matière de santé et de services sociaux, comme en d'autres domaines, la participation des citoyens à ces décisions devient un important facteur de succès quant à l'atteinte des objectifs que peut se donner un gouvernement. Ainsi, parce qu'en démocratie la participation de la population est un des aspects prépondérants de la gouvernance, les systèmes publics cherchent de plus en plus à offrir aux citoyens les moyens d'influencer directement les organisations qui leur offrent des services.

Les premiers pas

Le premier geste important posé dans le sens de la participation de la population aux instances décisionnelles du réseau se situe en novembre 1966, lors de la création de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Celle-ci, présidée par monsieur Claude Castonguay, jusqu'en mars 1970, puis par monsieur Gérard Nepveu par la suite, propose, entre autres éléments de réforme, une décentralisation administrative sur la base de trois régions, chacune dotée d'un conseil régional de la santé (CRS), afin de susciter la participation du public. La version finale du projet de loi 65 qui en découlera concrétisera le regroupement des CRS avec d'autres instances, afin de créer les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS).

En établissant la participation du public parmi les paramètres du nouveau système socio-sanitaire québécois, les commissaires faisaient de la participation décisionnelle, pour les usagers des services socio-sanitaires, et de la participation consultative, pour la population en général, les mécanismes garantissant l'adaptation constante du système aux besoins en perpétuelle évolution de la population québécoise.

Ces deux groupes de participants s'ajoutaient donc aux professionnels de la santé exerçant déjà une influence significative sur le système. De plus, avec les mouvements de syndicalisation et l'émergence de nouveaux modes de gestion plus ouverts, les employés du réseau deviennent également des participants à la gouvernance du système.

Recentrer la participation autour du citoyen

Avec le temps, cependant, on constate que les CRSSS n'ont pas de pouvoir réel et que les conseils d'administration font une large place aux représentants des établissements au détriment de ceux de la population. Il s'ensuit une certaine désaffectation du public face à la participation à la gestion du système, ce qui laisse encore plus de place aux autres groupes.

Ainsi, en 1981, le gouvernement sanctionne le projet de loi 27 qui vient, d'une part, modifier la composition des conseils d'administration, afin d'en améliorer la représentativité, et d'autre part, donner un peu plus de responsabilités aux CRSSS.

Au cours des années 1990, des réformes successives vinrent également tenter de corriger la situation en essayant de recentrer la participation autour du citoyen, d'une part, grâce à l'élection des membres au sein des conseils d'administration des établissements, et d'autre part, grâce au rôle intégrateur des régies régionales, instances régionales qui succédaient au CRSSS. Malheureusement, le nombre très limité d'élus parmi le public et l'incapacité des acteurs locaux et régionaux à faire face aux vellétés des différents groupes d'intérêts à l'intérieur même du système, ont amené un sentiment d'échec quant à l'objectif d'une participation réelle de la population à la gestion du système de santé et de services sociaux.

Le Forum de la population

Le projet de loi 28, sanctionné en juin 2001, vient revoir l'objectif de participation de la population. On conserve le principe de représentation directe du public au sein des conseils d'administration des établissements, et on maintient son poids décisionnel, mais le mode de désignation laisse plus de souplesse aux autorités régionales; l'objectif n'est donc plus de démocratiser la gestion, mais plutôt de renforcer l'imputabilité des établissements envers la régie régionale. Alors que le rôle des gestionnaires s'affirme, celui des usagers dans la gouverne du système est maintenu, et ce, malgré une diminution de toutes les catégories de membres au sein des conseils d'administration des établissements.

La transformation de la participation décisionnelle de la population à la gestion du réseau ne signifie pas pour autant la fin de sa participation consultative. Ainsi, à la suite d'une recommandation de la commission Clair, la Loi modifiant la gouverne dans le réseau de la santé et des services sociaux officialise la création de Forums de la population. Composé de 15 à 20 membres désignés par le conseil d'administration de la régie régionale, le Forum agit à la manière d'un comité d'usagers dans un établissement sociosanitaire. Il représente les citoyens de la région, formule des recommandations au conseil d'administration de la régie sur les orientations régionales et assure la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être, en fonction de la dynamique de sa région.

Le Forum de consultation

Au cours des récentes années, plusieurs autres mécanismes de consultation de la population ont été mis sur pied.

D'abord, localement, chacun des 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS), créés à la suite du projet de loi 25, est tenu de consulter la population qu'il dessert, tant pour susciter sa participation à l'organisation des services que pour connaître son degré de satisfaction quant aux services offerts. Au palier régional, chacune des 18 instances régionales, qui ont succédé aux régies régionales lors de l'adoption du projet de loi 25, doit constituer un Forum de la population.

À l'échelle du Québec, à la suite de la nomination d'un Commissaire à la santé et au bien-être, à l'été 2006, un Forum de consultation est institué. Composé de 27 membres, dont 18 citoyens provenant de chacune des régions sociosanitaires du Québec, ce Forum tient le rôle de conseiller auprès du Commissaire en ce qui regarde la réalisation de son mandat.

Pour conclure

Bien qu'il n'existe pas de mode de participation de la population qui soit sans lacune, il n'en demeure pas moins que cette participation du public, sous une forme ou sous une autre, est jugée nécessaire au bon fonctionnement des organisations publiques, en particulier celles offrant des services de santé et des services sociaux. Nécessaire au renouveau de la gouvernance des organisations, dans un contexte démocratique, à la longue, la participation de la population devrait permettre de créer un véritable lien entre les services et les usagers, et ce, pour le plus grand profit de la collectivité.

ANNEXE 3

BREFS RAPPELS HISTORIQUES SUR LA PARTICIPATION DU SECTEUR PRIVÉ AU SYSTÈME SOCIOSANITAIRE QUÉBÉCOIS

L'émergence du secteur privé

Avant 1930, la grande majorité de la population paie elle-même les soins dont elle a besoin; seules les personnes les plus démunies peuvent bénéficier de soins gratuits conformément à la Loi de l'assistance publique promulguée en 1921.

C'est la crise économique de 1929 qui donne lieu aux premières approches entre l'assurance privée et le domaine hospitalier. Grâce aux initiatives du Montreal Board of Trade, une société d'assurance hospitalisation privée est créée. Avec le concours des principales organisations médicales et hospitalières, de grands entrepreneurs et des assureurs, la Croix Bleue est fondée en 1942. Il s'agit d'une société à but non lucratif dont l'objectif ultime est d'éviter à tout prix l'établissement d'un monopole d'État dans le domaine de l'assurance maladie. Elle est à l'origine du développement spectaculaire de l'assurance maladie privée à partir de la Seconde Guerre mondiale.

Les grandes compagnies d'assurance commerciales, donc à but lucratif, emboîtant le pas, le système de santé québécois d'après-guerre devient un régime mixte à prépondérance privée, où la responsabilité des démunis demeure confiée à l'État. Le reste de la population doit s'assurer ou payer directement le coût des soins.

Par conséquent, au tournant des années 1950, toutes les conditions semblent réunies pour que s'installe définitivement une économie médico-hospitalière à l'américaine.

Un constat d'échec

Dans l'après-guerre, le défi des assureurs privés est de rendre l'assurance accessible à la majorité de la population. Or, la couverture plafonne à 43 % de la population, et seulement une personne assurée sur dix peut compter sur une protection complète, les autres préférant des régimes d'indemnisation partielle. De plus, la flambée des coûts hospitaliers amène un accroissement considérable du coût des polices d'assurance, ce qui met en péril leur accessibilité pour les personnes à revenu moins élevé, les compagnies d'assurance se montrant incapables d'offrir une couverture adaptée à cette clientèle.

En liant le coût des polices à l'augmentation des frais médico-hospitaliers, le régime d'assurance privée contribue à la spirale ascendante des coûts des services de santé, se montrant ainsi incapable de remplir ses promesses.

Au début des années 1960, on constate l'échec du régime de santé mixte à prédominance privée, surtout dans un contexte social où les inégalités sociales et l'arbitraire des instances politiques et patronales sont fortement décriés. C'est donc à la suite de cet échec que sera instauré le régime universel d'assurance maladie.

L'établissement d'un régime public

Avec l'adoption de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, en 1957, et de la Loi sur les services médicaux, en 1966, le gouvernement fédéral veut susciter la mise en place d'un régime universel d'assurance maladie public dans chacune des provinces canadiennes.

La loi de 1957 vise deux grands objectifs : d'une part, s'assurer que chaque citoyen ait accès, en temps utile, aux services médicalement requis, sans égard à sa capacité de payer; et, d'autre part, s'assurer qu'aucun citoyen ne soit exposé à un préjudice financier excessif parce qu'il est obligé d'acquitter ses factures de soins de santé.

Le gouvernement étant le seul à disposer de capitaux suffisants pour développer un réseau complet d'établissements à l'échelle du Québec, et y assurer l'accès à l'ensemble de la population, il privilégie, dès les années 1960, le recours au secteur public pour la production des services de santé. Bien que les cliniques médicales soient demeurées de propriété privée, les établissements de santé déjà existants, appartenant à des organismes caritatifs, ont été acquis par le gouvernement, leurs employés devenant des salariés de l'État.

Ainsi, en janvier 1961, le Québec adopte la Loi sur l'assurance-hospitalisation, ce qui met en place un régime d'assurance public couvrant les services dispensés dans les établissements hospitaliers offrant des soins de courte durée. Dix ans plus tard, en janvier 1971, avec l'instauration d'un régime universel d'assurance maladie, les services médicaux, médicalement nécessaires, deviennent gratuits pour l'ensemble de la population québécoise, c'est-à-dire à la charge de l'État.

Plus tard, en 1984, le gouvernement central sanctionnera la Loi canadienne sur la santé où seront affirmés les quatre grands principes fondamentaux, encore appliqués aujourd'hui, à savoir : universalité, intégralité, accessibilité et transférabilité. L'administration publique du système sociosanitaire, souvent considérée comme le cinquième grand principe fondamental de la loi de 1984, affirme l'obligation d'adopter un modèle à payeur unique, en l'occurrence le gouvernement provincial. En définitive, il s'agit plus d'un élément d'efficacité administrative qui n'interdit nullement la prestation de services par le secteur privé.

L'État prend charge des soins

Sous l'impulsion des recommandations de la commission Castonguay-Nepveu, les années 1970 voient le Québec créer les structures de base du système sociosanitaire actuel. Les services de santé et les services sociaux s'inscrivent désormais dans une politique d'ensemble du développement social, au Québec.

Par contre, contrairement à ce qui avait été prévu, les coûts ne cessent d'augmenter. Cette situation, conjuguée à la crise économique du début des années 1980, mène le système de santé dans une impasse.

Ainsi, en 1985, le gouvernement crée la commission Rochon chargée, entre autres choses, de trouver des solutions aux problèmes de financement du système. La Commission rejette l'option du recours au financement privé des services de santé déjà assurés par l'État. Selon elle, cette solution pose de sérieux problèmes d'équité et ne garantit en rien l'amélioration de la rentabilité des ressources financières investies dans le secteur sociosanitaire.

Dans le rapport qui porte son nom, publié beaucoup plus tard, en 1999, monsieur Roland Arpin arrivera aux mêmes conclusions. Il se prononcera contre la privatisation et il recommandera de maintenir les dispositions selon lesquelles les assureurs privés ne peuvent couvrir les services médicaux et hospitaliers déjà assurés par le régime public.

Une ouverture au secteur privé

Par contre, malgré tous les efforts consentis pour les corriger, certains problèmes de fond perdurent : la faiblesse des services de première ligne, les problèmes de coordination entre les différents paliers d'intervention, les problèmes de complémentarité entre les services et, évidemment, les problèmes de financement.

Aussi, en 2000, le gouvernement crée la commission Clair afin d'étudier de nouveau ces problèmes. Dans son rapport, la Commission réaffirme l'importance de maintenir le financement public du régime, mais suggère également de réexaminer le partenariat avec le secteur privé, sous l'angle d'un complément à la production de services par le secteur public.

De plus, en 2005, dans le rapport Ménard sur l'étude de la pérennité du système socio-sanitaire québécois, bien que l'on insiste sur l'importance d'un financement entièrement public du système, on ouvre la porte au secteur privé pour l'achat de certains services diagnostiques, thérapeutiques et pour certains projets d'immobilisation.

La même année, la Cour suprême du Canada, dans le jugement Chaoulli et Zeliotis, statue que l'interdiction de souscrire à des assurances privées pour obtenir des services couverts par le régime public contrevient à la Charte québécoise des droits et libertés.

Dans son document *Garantir l'accès : Un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, publié en février 2006, le ministre livre sa réponse à l'arrêt Chaoulli-Zeliotis. Celle-ci prend la forme d'un mécanisme public d'accès pour certaines procédures médicales, jumelé à une ouverture limitée à l'assurance privée pour les chirurgies de remplacement de la hanche et du genou, ainsi que pour les chirurgies de la cataracte.

De plus, la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, sanctionnée en décembre 2006, prévoit la possibilité, pour un centre hospitalier, de s'associer à une clinique médicale privée pour la dispensation de services médicaux spécialisés à certains de ses usagers. À noter que ces usagers n'auront aucuns frais à déboursier pour l'obtention de ces services, ceux-ci demeurant sous financement public. Pour l'utilisateur, il n'y aura donc aucune différence par rapport à un service obtenu à l'hôpital, car seule la prestation du service est privatisée.

En outre, la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives modifie la Loi sur l'assurance maladie, afin de donner la possibilité à une personne de conclure un contrat d'assurance privé couvrant le coût de certains services médicaux assurés requis. Cette loi modifie également la Loi sur l'assurance-hospitalisation, afin de maintenir l'interdiction de conclure un contrat d'assurance comportant une garantie de paiement à l'égard du coût d'un service hospitalier assuré.

Enfin, en juin 2007, le Conseil des ministres confie à un groupe de travail présidé par monsieur Claude Castonguay le mandat général de formuler des recommandations sur les meilleurs moyens à prendre pour assurer un financement adéquat du système socio-sanitaire québécois. L'un des quatre volets de son mandat est de préciser le rôle que le secteur privé peut jouer afin d'améliorer l'accès et de réduire les délais d'attente, et ce, en préservant un système public fort dans le maintien des valeurs qui le caractérisent.

ANNEXE 4

BREFS RAPPELS HISTORIQUES SUR LA PARTICIPATION DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL AU FINANCEMENT DU SYSTÈME SOCIO-SANITAIRE QUÉBÉCOIS

Le contexte fédéral-provincial

Pour comprendre la structure des programmes socio-sanitaires en vigueur au Québec, il faut considérer que, depuis la Loi constitutionnelle de 1867, le Québec est membre de la Confédération canadienne. À la différence d'un État unitaire, un État appartenant à une fédération doit partager ses champs de compétence selon 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 brevetés. Mais, l'essentiel de la participation du gouvernement fédéral au financement des services socio-sanitaires consiste en des interventions indirectes effectuées en vertu de son pouvoir général de dépenser. Ainsi, sans avoir la compétence sur la santé, l'État fédéral verse aux provinces et territoires des subventions assorties de conditions particulières, ce qui lui permet d'intervenir indirectement dans des domaines de compétence exclusivement provinciaux.

Le début du financement fédéral

En 1957, 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 le financement des 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 sur ce chapitre.

Le transfert de points d'impôt

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 (FPE) 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 (PIB) - 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 (PNB) - 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 (LCS) 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.

Un nouveau programme de transfert

En 1996, le gouvernement fédéral a adopté le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), qui vient remplacer le FPE et le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC); 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 budgétaires 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.

Le début des années 2000 : Kirby versus Romanow

Au printemps 2001, le Sénat canadien adopte une motion autorisant le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie à examiner « . . . *l'état du système de soins de santé au Canada* . . . »; le Comité sera présidé par Michael Kirby. En fait, les travaux du comité Kirby porteront sur le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé.

En ce qui a trait au financement, le comité Kirby propose qu'il soit public, prévisible et stable, pour ce qui est des services assurés en vertu de la LCS, ce qui suppose, à la fois une nouvelle formule de partage des coûts entre le gouvernement fédéral et les provinces, ainsi qu'une révision du panier de services assurés. Le Comité exclut l'utilisation du ticket modérateur, mais suggère une augmentation d'impôts et le recours à un système privé parallèle pour ceux qui en ont les moyens financiers.

À la même époque, le gouvernement canadien crée la Commission sur l'avenir des soins de santé, présidée par Roy Romanow. La Commission propose un financement public tous azimuts assorti d'une vision plus « pancanadienne » des services de santé, où de nouvelles institutions fédérales viennent régir les grands paramètres du système, tel un Pacte canadien sur la santé (PCS), sorte d'engagement solennel des gouvernements envers la santé, et un Conseil de la fédération sur la santé (CFS), un organisme de résolution des conflits entre juridictions.

Si le comité Kirby et la commission Romanow convergent sur quelques points - la préservation du système public universel financé à même les fonds publics, une couverture publique nationale plus étendue, une augmentation du financement fédéral assorti de certaines conditions et la création d'un fonds consacré spécifiquement à la santé -, ils divergent sur beaucoup d'autres. En bref, selon la commission Romanow, il faut modifier la structure de gouvernance, afin de donner une couleur plus « canadienne » au système de santé, et orienter les provinces grâce à des « normes nationales » pour mieux encadrer (bureaucratiser) l'outil des transferts ciblé. Par contre, on peut résumer ainsi la position du comité Kirby : un modèle d'organisation des services faisant plus de place aux partenariats publics-privés, qui repose sur la reddition de comptes, sur une nouvelle taxation, sur des contrats de services, sur les autorités régionales (provinciales) et sur les hôpitaux.

Les accords de 2003 et de 2004

En janvier 2003, s'inspirant des recommandations de la commission Romanow, le gouvernement fédéral formule des propositions en vue d'une réforme du système de santé. En gros, le fédéral vise un réinvestissement ciblé qui s'inscrit dans la foulée de l'accord signé avec les provinces et territoires, en septembre 2000.

Quelques jours plus tard, les provinces et territoires, d'un commun accord, établissent leur position de négociation. Celle-ci comporte, entre autres choses, une augmentation immédiate et évolutive de la contribution financière du fédéral, afin d'atteindre 25 % du total des dépenses de santé des provinces en 2010, l'élimination immédiate du plafond à la péréquation, assortie d'une révision de sa formule d'attribution pour la rendre plus équitable, et la création du Transfert canadien en matière de santé (TCS), afin d'augmenter l'imputabilité et la transparence.

En février 2003, un accord est signé entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. L'accord de 2003 s'inscrit dans le prolongement de celui de septembre 2000. Son point central est l'inclusion de nouvelles mesures financières pouvant s'étaler jusqu'en 2011.

Dans cet accord, le gouvernement fédéral s'engage à créer un fonds quinquennal, le Fonds pour la réforme des soins de santé (FRSS), lequel vise de façon spécifique l'amélioration de la prestation des soins de première ligne, des soins à domicile et des médicaments d'ordonnance. L'accord prévoit également l'allongement de la période de progression des transferts, de 2008-2009 à 2010-2011. Enfin, le fédéral s'engage à créer, dès 2004, le TCS.

Se situant dans le prolongement de l'accord de février 2003, l'accord de septembre 2004 se caractérise principalement par l'étalement de nouvelles mesures financières jusqu'en 2014, avec un taux d'indexation fixé à 6 %.

Comparativement à l'accord de 2003, celui de 2004 contient peu de fonds ciblés, mais également moins d'argent neuf pour la même période, soit 18 milliards sur six ans plutôt que 22 milliards. La prévisibilité du financement, au cours des dix prochaines années, constitue le point le plus positif pour les provinces. Par contre, comme point négatif, les provinces reprochent au gouvernement fédéral d'avoir fixé la barre des transferts à un niveau trop bas.

ANNEXE 5

LOIS DONT L'APPLICATION EST, PARTIELLEMENT OU TOUALEMENT, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., c. A-28)

Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29)

Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01)

Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis (L.R.Q., c. A-33.1)

Loi sur les cimetières non catholiques (L.R.Q., c. C-17)

Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (L.R.Q., c. C-32.1.1)

Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec (L.R.Q., c. C-68.1)

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (L.R.Q., c. E-12.0001)

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (L.R.Q., c. E-20.1)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance (L.R.Q., c. H-1.1)

Loi sur les inhumations et les exhumations (L.R.Q., c. I-11)

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (L.R.Q., c. I-13.1.1)

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres (L.R.Q., c. L-0.2)

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (L.R.Q., c. M-1.1)

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (L.R.Q., c. M-19.2)

Loi assurant la mise en œuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (L.R.Q., c. M-35.1.3)

Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. P-31.1)

Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c. P-34.1)

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001)

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5)

Loi sur les sages-femmes (L.R.Q., c. S-0.1)

Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5)

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2)

Loi sur le tabac (L.R.Q., c. T-0.01)

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (L.R.Q., c. U-0.1)

ANNEXE 6

LISTE DES ORGANISMES RELEVANT DE L'AUTORITÉ DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

Par ordre alphabétique :

- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS);
- Bureau de gestion des projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal (Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Centre universitaire de santé McGill, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine);
- Comité central d'éthique de la recherche;
- Comité d'hémovigilance;
- Comité d'éthique de santé publique;
- Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles;
- Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;
- Commissaire à la santé et au bien-être;
- Conseil du médicament;
- Corporation d'hébergement du Québec;
- Corporation d'urgences-santé (Urgences-santé);
- Institut national de santé publique du Québec;
- Office des personnes handicapées du Québec;
- Régie de l'assurance maladie du Québec.

BIBLIOGRAPHIE

- Assemblée nationale.** *Projet de loi n° 33, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Éditeur officiel du Québec, 2006.
- Assemblée nationale.** *Projet de loi n° 90, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (2002, chapitre 33)*, Éditeur officiel du Québec, 2002.
- Bégin, Claude.** *Bref historique de l'assurance maladie au Québec : la part du privé et du public au fil des ans*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, septembre 2005.
- Clavet, Michel.** *Analyse de l'accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, commentaires, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, février 2003.
- Clavet, Michel.** *Analyse de l'accord de 2004 des premiers ministres : Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec à l'intérieur du plan décennal pour consolider les soins de santé*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, décembre 2004.
- Clavet, Michel.** *Analyse du rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé, présidée par Roy Romanow : Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, commentaires, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, janvier 2003.
- Clavet, Michel.** *Commission Romanow : Audiences publiques à Québec et à Montréal, 25 et 26 mars 2002*, commentaires, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, avril 2002.
- Clavet, Michel.** *Contentieux fédéral-provincial selon le comité Kirby et la commission Romanow*, commentaires, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, juin 2002.
- Clavet, Michel.** *Enjeux des négociations fédérales - provinciales - territoriales : Analyse des propositions fédérales et de l'accord unanime des provinces et territoires sur la réforme du système des soins de santé*, commentaires, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, janvier 2003.
- Clavet, Michel.** *La Loi canadienne sur la santé (LCS) versus les tickets modérateurs*, commentaires, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, juillet 2006.
- Clavet, Michel.** *Le financement du système de santé, comparaison des perspectives fédérales : Selon la Commission sur l'avenir des soins de santé, présidée par Roy Romanow, versus le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, présidé par Michael Kirby*, commentaires, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, janvier 2003.
- Clavet, Michel.** *Le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé, volume 4 : Proposition d'actualisation formulée par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, commentaires, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, octobre 2001.
- Clavet, Michel.** *Le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé, volume 5, partie 1 : Les 20 principes de la réforme selon le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, commentaires, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mai 2002.
- Clavet, Michel.** *Le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé, volume 6 : Recommandations en vue d'une réforme : Selon le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, présidé par Michael Kirby*, commentaires, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, novembre 2002.
- Clavet, Michel.** *Présentation du Rapport Romanow*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, décembre 2002.
- Clavet, Michel.** *Un bref historique de la régionalisation dans le réseau sociosanitaire depuis 1971*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mars 2004.
- Drolet, Pierre.** *Soutien aux enfants, Statistiques de l'année 2006*, Service des statistiques et des sondages, Régie des rentes du Québec, 2007-2008.
- Duperré, Thomas.** *Évolution des sources de financement public : Le partage fédéral-provincial des dépenses de santé*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2003.
- Duperré, Thomas.** *Possibilités et contraintes de la Loi canadienne sur la santé*, projet de texte, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mai 2005.
- Institut de la statistique du Québec.** *Le site Internet de l'Institut de la statistique du Québec*
www.stat.gouv.qc.ca.
- Lemieux, Vincent, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger.** *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*, Les Presses de l'Université Laval, 2003.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec.** *Le site Internet du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec*
www.mess.gouv.qc.ca.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.** *Dossier de santé : Pour mieux prendre soin de vous, Dossier de santé en bref*, www.dossierdesante.gouv.qc.ca.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.** *Dossier de santé : Pour mieux prendre soin de vous, Dossier de santé du Québec : Sommaire du plan d'affaires 2007-2010*, www.dossierdesante.gouv.qc.ca.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.** *En bref : Le système de santé et de services sociaux au Québec*, 2008.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.** *Garantir l'accès : Un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, document de consultation, février 2006.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Guide pour la planification stratégique régionale dans le secteur de la santé et des services sociaux*, Comité de gestion du réseau de la santé et des services sociaux, janvier 2002.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *L'intégration des services de santé et des services sociaux., Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, février 2004.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *La gouverne du réseau de la santé et des services sociaux. Les changements introduits par le projet de loi n° 28 : Contexte, modifications et mise en œuvre*, novembre 2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *La participation de la population québécoise aux instances décisionnelles inhérentes au réseau de la santé et des services sociaux : un bref historique*, septembre 2003.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec* www.msss.gouv.qc.ca.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Direction des services sociaux, septembre 2004.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Rapport annuel de gestion 2002-2003*, 2003.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Rapport annuel de gestion 2003-2004*, 2004.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Rapport annuel de gestion 2004-2005*, 2005.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Rapport annuel de gestion 2005-2006*, 2006.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Rapport annuel de gestion 2006-2007*, 2007.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé : En avoir pour notre argent*, février 2008.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Unis dans l'action : Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, Programme-services Dépendances, Offre de service 2007-2012*, 2007.

Ministère des Finances du Québec. *Le site Internet du ministère des Finances du Québec* www.finances.gouv.qc.ca.

Régie de l'Assurance maladie du Québec. *Le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec* www.ramq.gouv.qc.ca.

Samson, Claudette. *Politique québécoise du médicament : Un coût mieux contrôlé*, Le Soleil, 2 février 2007.

Secrétariat du conseil du trésor du Québec. *Le site Internet du Secrétariat du Conseil du trésor du Québec* www.tresor.gouv.qc.ca.

St-Pierre, Marc-André. *Le système de santé et de services sociaux du Québec : Une image chiffrée*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, décembre 2001.

**Santé
et Services sociaux**

Québec



www.msss.gouv.qc.ca