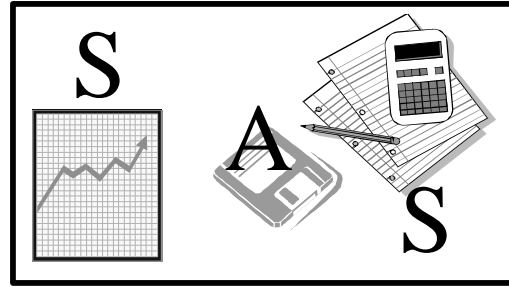




Gouvernement du Québec
Ministère de la santé
et des services sociaux



INFO - SAS

Bulletin d'information générale du Service de l'analyse statistique

Direction des indicateurs de résultats et information statistique
Service de l'analyse statistique

Janvier 1999

ISSN 1195-2377 (Imprimé) Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Canada - Bibliothèque nationale du Québec

ISSN 1481-3521 (En ligne)

Ce document est disponible pour consultation sur le site internet du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'adresse: <http://www.msss.gouv.qc.ca>

Depuis quelques années déjà, le SAS (ex-SEODS et ex-SEO) produit un certain nombre de bulletins d'information, afin de rendre disponibles, le plus rapidement possible, les informations pertinentes les plus récentes dans le cadre de dossiers spécifiques. Il s'agit de: **INFO-M22**, pour le découpage territorial; **INFO-POP**, pour les données de population; **INFO-SIFO**, pour les dépenses consacrées au système sociosanitaire; **INFO-RECENSEMENT**, pour les données des recensements canadiens; **INFO-SÉRHM**, pour les informations sur les ressources humaines et institutionnelles du système sociosanitaire; **INFO-STATS**, pour certaines statistiques du réseau d'établissements; **INFO-BASSINS**, pour des statistiques sur les bassins de desserte des soins physiques et courte durée dans les centres hospitaliers; et **INFO-CONTOUR**, pour le contour financier des programmes-clientèles du Ministère.

Ces bulletins sont des véhicules très flexibles, relativement peu coûteux, qui sont complémentaires à nos produits traditionnels (documents statistiques récurrents, documents de référence, fichiers sur disquettes, etc.), et qui permettent une mise à jour rapide des informations que nous voulons transmettre à nos clients.

Or, nous disposons également de beaucoup d'autres éléments d'information fort intéressants, mais qui ne sont pas rattachés à des dossiers spécifiques possédant leur propre véhicule informationnel au sein de la «flotte» actuelle du SAS. Aussi, en octobre 1996, nous avons convenu de donner vie à un nouveau bulletin d'information, dans lequel est diffusée, au besoin, cette information «orpheline», à savoir l'**INFO-SAS**.

Dans ce numéro

- Changements survenus au SAS..... 3
- Liste des productions les plus récentes du SAS 4
- Précision concernant certains termes et expressions utilisés au Ministère 6
- Orthographe officiel des régions sociosanitaires en accord avec les règles
d'écriture toponymiques 15
- Politique de facturation des documents produits au Ministère 16
- Liste de sigles et abréviations fréquemment utilisés 17

CHANGEMENTS SURVENUS AU SAS

Lors de la dernière réorganisation du Ministère (printemps 1995), on a rebaptisé le Service des études opérationnelles et données statistiques (SEODS) en Service de l'analyse statistique (SAS). Dans les faits, les responsabilités du Service ont peu changé, si ce n'est un centrage un peu plus clair sur la production d'information statistique de base et la réponse aux demandes ad hoc provenant du Cabinet.

En ce qui concerne les mandats et les dossiers, encore là, la plupart ont été reconduits, sauf celui relié au fichier des tumeurs qui est désormais sous la responsabilité de la Direction générale de la santé publique. Dans ce cas, la personne responsable du dossier, monsieur Michel Beaupré, a «émigré» avec le dossier. Certains dossiers ont connu une réorientation, alors que d'autres sont carrément apparus, notamment en ce qui a trait aux comparaisons nationales et internationales.

L'effectif du SAS compte maintenant, outre le chef du service et la secrétaire, sept professionnels, c'est-à-dire un analyste de l'informatique, un spécialiste des méthodes quantitatives et de la géomatique, deux économistes, un diplômé des sciences de l'administration, un autre en relations industrielles, ainsi qu'un spécialiste de la bureautique et des produits informatiques.

Des renseignements plus détaillés, concernant le rôle, les fonctions et le personnel du SAS, sont présentés dans un document disponible gratuitement à la nouvelle adresse du Service:

Service de l'analyse statistique
Direction des indicateurs de résultats et information statistique
Direction générale de la planification et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075 chemin Ste-Foy, 12e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Adresse électronique: francoise.drolet@msss.gouv.qc.ca
Téléphone: (418) 643-9936
Télécopieur: (418) 646-1956

LISTE DES PRODUCTIONS LES PLUS RÉCENTES DU SAS

Parmi les productions du SAS, certaines ont vu le jour au cours de la dernière année, et d'autres seront concrétisées au cours des prochains mois; en voici une liste qui, sans être totalement exhaustive, en présente les principales selon le domaine couvert.

1- La population

- Présentation du J36: Système d'information du MSSS sur les recensements canadiens, avril 1996
- INFO-POP, no. 6, février 1998
- CARTO-POP, cartographie démographique et socio-économique des CLSC du Québec, janvier 1996
- La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RSS, 1981 à 2016, février 1996
- INFO-POP, no. 7, juin 1998

2- Les ressources humaines et matérielles

- INFO-SÉR HUM no. 97-1, mai 1997
- INFO-SÉR HUM no. 98-1, mai 1998

3- Les dépenses

- INFO-CONTOUR, no. 1, février 1998
- SIFO, Méthodologie, juin 1998
- INFO-SIFO, no. 5, juin 1998
- Dépenses pour la mission Santé et Services sociaux, août 1996

4- Les services

- INFO-STATS, no. 1, janvier 1998
- Survie au cancer, comparaisons internationales, novembre 1996
- INFO-BASSINS, no.1, juin 1998

5- Géomatique et découpage territorial

- Codes et noms des territoires RSS, CLSC (et MRC correspondantes) et des établissements CLSC, mai 1998
- M22-MICRO, mars 1998
- Liste des noms et des codes des municipalités du Québec, avril 1998
- Cartographie de base des RSS et des CLSC du Québec, août 1998
- Cartographie des centres de services du réseau du MSSS pour les régions périphériques (01-08-09-10-11-17-18), août 1996

- INFO-M22, no. 5, septembre 1996

6- Autres

- Indicateurs sociosanitaires, Comparaisons internationales, Évolution 1980-1994, 1998
- Recueil des fiches statistiques rédigées dans le cadre du dossier «Bilan et Perspectives pour le système sociosanitaire québécois», septembre 1997
- Comparaison de statistiques évolutives sur les services d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et en Ontario, 1993-1994 à 1995-1996, avril 1998
- Mise à jour de la section «Indicateurs et statistiques» du site WEB d'Internet du Ministère

PRÉCISIONS CONCERNANT CERTAINS TERMES ET EXPRESSIONS UTILISÉS AU MINISTÈRE

Dans plusieurs domaines de l'activité professionnelle, il existe certains termes et expressions qui ont une couleur spécifique, une signification particulière, qui n'est pas nécessairement limpide pour le commun des mortels. Le domaine sociosanitaire n'échappe pas à cette réalité. Aussi, dans cette section du bulletin, nous vous livrons quelques définitions et quelques précisions concernant des termes et expressions souvent utilisés dans notre secteur d'activité. Pour plusieurs de nos lecteurs, la plupart de ces informations apparaîtront sans doute triviales, mais pour d'autres, elles seront, à n'en pas douter, fort utiles.

Voici donc la liste des termes et expressions retenus, ainsi que leur signification et leur description.

L'effectif présenté en termes d'ETP

Il s'agit du personnel calculé en «équivalent temps plein», où 1 ETP = 1 826,3 heures rémunérées sur une base annuelle.

Une heure travaillée

Il s'agit d'une heure effective de travail; c'est ce qui correspond au salaire horaire.

Une heure rémunérée

Il s'agit d'une heure payée en vertu des ententes collectives ou particulières, c'est-à-dire l'heure de travail, de congé spécifique, de vacances et de maladie; c'est ce qui correspond à la somme du salaire et des avantages sociaux. Ainsi, l'ensemble des heures travaillées est en quelque sorte un sous-ensemble du total des heures rémunérées.

Le territoire de CLSC et l'établissement CLSC

Le Québec compte actuellement 170 territoires de CLSC; ce sont des subdivisions géographiques des 18 régions sociosanitaires. Actuellement, 161 établissements CLSC «couvrent» ou desservent ces territoires; par conséquent, certains établissements CLSC représentent plus d'un territoire de CLSC, notamment dans la région de Montréal-Centre (06). En fait, il n'y a que 148 établissements du type officiel CLSC, mais nous en ajoutons 13 autres qui ont une autre vocation (ex. centre de santé) et qui jouent le rôle d'un CLSC pour certains territoires; ainsi, nous couvrons l'ensemble du Québec. Remarquez que les territoires et les établissements CLSC ont nécessairement des noms différents. Ceux des territoires sont généralement les mêmes que les noms des municipalités régionales de comté (MRC), auxquelles ils correspondent, sauf à l'intérieur des communautés urbaines. Les territoires de CLSC sont définis en termes de municipalités entières ou fractionnées par région de tri d'acheminement du courrier (RTA) et même, exceptionnellement, par codes postaux 6 positions.

Les régions sociosanitaires et les régions administratives

Historiquement, les régions sociosanitaires correspondaient à un découpage géographique du Québec qui était spécifique au MSSS, mais qui s'inspirait du découpage administratif des régions. On y trouvait une structure à trois niveaux, soit les RSS, découpées en DSC, eux-mêmes découpés en territoires de CLSC. De 1971 jusqu'à la fin des années 1980, le Québec comptait treize régions sociosanitaires. Puis, on est passé à 17, pour finalement, en décembre 1991, atteindre le nombre actuel de 18 RSS. Or, les régions administratives, quant à elles, sont au nombre de 16; elles sont utilisées comme base territoriale dans la majeure partie des autres secteurs d'activités gouvernementales, au Québec. Dans les décrets de décembre 1991, le MSSS a décidé d'harmoniser les frontières des RSS à celles des régions administratives, mais en découpant 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). Donc, depuis décembre 1991, les deux découpages territoriaux se confondent, sauf pour les trois régions du Nord. Il faut également noter que la RSS de Kativik (17) est devenue la région du Nunavik (17) en mai 1994, mais ce changement n'a aucunement affecté ses frontières.

Conseil d'administration, établissement et installations

Actuellement, le réseau sociosanitaire du Québec compte quelque 480 conseils d'administration qui gèrent environ 510 établissements sociosanitaires. Ces derniers chapeautent quelque 2 040 installations, c'est-à-dire des lieux physiques où sont dispensés des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec. Un bon nombre d'établissements ne comptent qu'une seule installation dans ce cas, physiquement, les deux se confondent. Par contre, plusieurs établissements regroupent plusieurs installations, dont certaines d'entre elles situées sur un territoire différent de celui où est situé l'établissement qui les chapeaute. On estime à 30 % le nombre d'installations qui sont situées à l'extérieur du territoire de CLSC où est situé l'établissement qui les chapeaute, et à 1 % le nombre de celles qui sont à l'extérieur de la RSS où est situé l'établissement correspondant. Ceci peut devenir un problème dans la mesure où ce sont les établissements qui complètent la plupart des formulaires à la base des fichiers du Ministère, tel le rapport financier annuel (AS-471) par exemple, et non les installations. Ainsi, toutes les dépenses d'un établissement sont attribuées à la RSS ou au CLSC où il est situé, alors qu'une ou plusieurs des installations qu'il chapeaute peuvent être situées dans une autre RSS ou dans un autre territoire de CLSC.

Statut d'un établissement ou d'une installation

Les établissements, et les installations qu'ils chapeautent, ont un statut soit public, c'est-à-dire à but non lucratif, soit privé, c'est-à-dire à but partiellement lucratif (privé conventionné) ou totalement lucratif (privé non-conventionné).

Mode de financement d'un établissement

Les établissements peuvent être financés sous huit modes différents.

- **À budget (1)**
Mode de financement de tous les établissements publics et des établissements privés constitués en corporation sans but lucratif et hébergement 20 usagers ou moins.
- **Conventionné général (2)**
Établissements appartenant à un groupe qui ont signé une convention générale avec le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 475 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). Ce mode est attribué lorsque cette convention constitue le seul mode de financement pour l'ensemble des places et des lits exploités par l'établissement.
- **À taux forfaitaire (3)**
Établissements financés selon un taux forfaitaire fixé par le gouvernement. Ces établissements sont à caractère privé, sauf une exception à cette règle, soit la ressource située dans la région de Montréal-Centre réservée aux vétérans; cet établissement est public à taux forfaitaire.
- **Non-conventionné (4)**
Établissements financés selon l'ancienne appellation de «privés autofinancés»; ils détiennent un permis d'exploitation du ministère de la Santé et des Services sociaux, mais n'ont pas recours au Fonds consolidé du revenu.
- **Conventionné à % (5)**
Établissements qui ont signé une convention particulière avec le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 475 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). Ce mode est attribué lorsque cette convention constitue le seul mode de financement pour l'ensemble des places et des lits exploités par l'établissement.
- **Conventionné spécifique (6)**
Ce mode regroupe diverses situations particulières nommément identifiées dans le système.

Achat de places - Programme provincial

Établissements privés non-conventionnés dont la mission est CHSLD et qui rendent disponibles des places dans le cadre du programme d'achat de places. Ils ont signé une convention avec le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 475 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2)

Double mode de financement

Établissements qui sont à la fois «privés conventionnés» et «privés non-conventionnés». Établissements appartenant à un groupe qui ont signé une convention générale avec le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 475 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2).

Ressources conventionnées réservées pour la population autochtone

Établissements privés qui ont signé une convention avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et qui sont disponibles pour la population autochtone selon les règles élaborées par les instances locales.

- **Forfaitaire spécifique (7)**

Établissements qui sont à la fois «à taux forfaitaire» et «privés non-conventionnés»

- **Non-conventionné - Entente régionale de services (8)**

Établissements privés non-conventionnés dont la mission est Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et qui rendent disponibles des places dans le cadre d'une entente initiée par la Régie régionale.

Activités d'un établissement ou d'une installation

Les activités qu'on y pratique sont de deux ordres: les activités principales, que l'on peut diviser en deux groupes, à savoir les services directs aux bénéficiaires et le soutien aux services (administration, entretien, réparation, etc.), ainsi que les activités accessoires (stationnement, cafétéria, etc.).

L'État assume le financement de l'ensemble des activités principales pratiquées tant dans les établissements, ou installations, à caractère public que dans ceux à caractère privé conventionné. Cependant, dans les établissements, ou installations, privés conventionnés, des profits peuvent être réalisés, mais uniquement en ce qui concerne les activités de soutien inscrites dans une convention préétablie avec le Ministère, lors de l'émission du permis d'exploitation.

Les activités accessoires, quant à elles, doivent toujours s'autofinancer, quel que soit le caractère de l'établissement, ou de l'installation.

Enfin, en ce qui concerne les établissements, ou installations, à caractère privé non-conventionné, l'État n'assume aucun financement, sauf dans les très rares cas où des raisons majeures le nécessitent.

Les lits autorisés, au permis et dressés

Les lits au permis sont ceux qui ont été autorisés et qui apparaissent au permis d'exploitation de l'établissement. Un certain nombre de lits peuvent avoir été autorisés, sans toutefois apparaître actuellement au permis d'exploitation. Enfin, les lits dressés sont ceux qui sont dotés en personnel et prêts à recevoir un usager.

Les médecins

Il y a deux sources où est normalement puisé le nombre de médecins du Québec. Il y a les fichiers de la RAMQ, où on a les médecins inscrits à la Régie et soumis à une entente, qui exercent soit au Québec, soit hors du Québec, et qui ont présenté au moins une demande de paiement à la Régie durant l'année; ce sont les médecins «actifs». C'est le nombre de médecins «actifs» qui exercent au Québec qui apparaît dans plusieurs documents statistiques du Ministère et de la RAMQ, soit environ un médecin pour 500 personnes. Par contre, quand on veut établir des comparaisons, tant au niveau interprovincial qu'à l'échelle internationale, en ce qui concerne le nombre de médecins pour une population donnée, il faut utiliser les informations fournies par le ministère de la Santé et du Bien-être social canadien, afin d'avoir une base de comparaison adéquate. Ces informations sont puisées à même les fichiers du «Southam Medical Data Base», gérés par la firme Southam communications, Limited, de Scarborough, en Ontario. Il s'agit moins d'un système de données statistiques que d'un fichier de noms et d'adresses monté à partir de questionnaires remplis par les médecins canadiens.

Quoi qu'il en soit, le nombre de médecins québécois, qui y sont répertoriés, correspond à peu près à l'ensemble des médecins inscrits à la Régie et soumis à une entente avec l'État, qu'ils exercent au Québec ou non et qu'ils aient soumis une demande de rémunération à la Régie ou non. Cependant, la répartition par catégories de médecins et par spécialités est différente de celle observée dans les statistiques produites par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, car dans le «Southam Medical Data Base», le terme «spécialiste» ne correspond pas à la définition utilisée dans les régimes provinciaux d'assurance-maladie.

Enfin, dans certains cas, on couvre des univers plus restrictifs; par exemple, on peut se limiter aux médecins inscrits à la Régie et soumis à une entente, qui exercent au Québec, et qui ont présenté au moins cent demandes de paiement dans les trois derniers mois de l'exercice financier.

La structure budgétaire officielle

La nouvelle structure budgétaire, présentée dans le Livre des crédits 1996-1997, comprend maintenant trois paliers principaux, soit les missions, les portefeuilles et les programmes. Celle-ci remplace la structure à quatre paliers: missions, domaines, secteurs et programmes.

La structure compte maintenant six missions: *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, les portefeuilles, correspondent aux différents ministères. Dans le cas de la mission *Santé et services sociaux*, le portefeuille et la mission se confondent, car on n'y retrouve qu'un seul ministère, le MSSS. Quant aux programmes du MSSS, jusqu'en 1996-1997, ils correspondaient en gros aux différentes catégories d'établissements sociosanitaires (CLSC, CH, CPEJ-CRJDA, CRMDA, CRPDP, CRPDI, CRPAT, CHSLD) et autres centres de responsabilité (RAMQ, OPHQ, organismes communautaires, CQRS et FRSQ), ainsi que la gestion du MSSS et des régies régionales en tant que telle).

Par contre, depuis 1997-1998, la nouvelle structure officielle comprend plutôt les 5 programmes suivants:

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

Les programmes-clientèles du Ministère

Depuis le milieu des années 1990, on a divisé le domaine sociosanitaire en 5 champs d'activités, eux-mêmes subdivisés en 8 programmes-clientèles, afin de faciliter l'établissement de contours financiers dans le cadre de l'allocation budgétaire, et pour pouvoir s'aligner sur les concepts mis de l'avant dans la Politique de la santé et du bien-être. Voici la liste des champs d'activités et des programmes qu'ils regroupent:

- Santé physique;
- Santé mentale;
- Santé publique
- Adaptation sociale;
 - Jeunes et leur famille;
 - Alcoolisme et toxicomanie
- Intégration sociale;
 - Personnes âgées en perte d'autonomie;
 - Déficience physique;
 - Déficience intellectuelle.

Pour chaque programme, on a les dépenses de «services» exclusifs et non-exclusifs, ainsi que les dépenses de «soutien», tant administratif qu'hôtelier.

Les dépenses

Quand on parle de dépenses, dans l'univers sociosanitaire, on rencontre plusieurs termes qui recourent des réalités différentes. Ainsi, le terme «dépenses nationales de santé», utilisé par Santé Canada, signifie que les dépenses considérées sont pan-canadiennes et qu'elles regroupent, en principe, uniquement les dépenses de santé. La raison en est fort simple: dans la plupart des autres provinces, dont l'Ontario, les dépenses de services sociaux sont regroupées avec les dépenses de sécurité du revenu dans un ministère spécifique. En fait, ce terme est davantage un titre que l'on donne à un document qu'un univers en soi. Par contre, quand on veut désigner l'ensemble des dépenses fédérales, provinciales, locales et privées de santé, on utilise l'expression «dépenses totales de santé». Il s'agit alors de l'univers constitué de la somme des dépenses publiques, assumées par tous les paliers de gouvernement, et des dépenses privées de santé, c'est-à-dire excluant, en principe, les dépenses relatives aux services sociaux; en principe, car il est très difficile «d'épurer» totalement les dépenses de la partie «sociale». On utilise ce genre d'univers quand il s'agit de comparer les provinces entre elles, ou quand on veut se comparer aux autres pays.

Cependant, quand on désire étudier l'évolution des dépenses sociosanitaires, au Québec, on utilise des univers différents. En premier lieu, on peut faire appel à l'univers des «dépenses gouvernementales pour la mission Santé et services sociaux» via les Comptes et les Crédits publics du Québec. Il s'agit des dépenses publiques provinciales nettes, c'est-à-dire, après soustraction des revenus réalisés dans les établissements du réseau (chambres privées et semi-privées, activités accessoires, vente de services, etc.) et sans le service de la dette.

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

Enfin, si l'on considère uniquement les rapports financiers des établissements, on parle de «coûts directs bruts», c'est-à-dire les coûts comptabilisés aux pages 650 (activités principales) et 660 (activités accessoires) avant soustractions des revenus réalisés selon le centre d'activités, et de «coûts directs nets», c'est-à-dire les coûts comptabilisés aux pages 650 (activités principales), après soustraction des revenus réalisés selon le centre d'activités.

Les municipalités, les localités et les toponymes

Il existe actuellement environ 1 600 municipalités, au Québec, en incluant les territoires non organisés. Ce nombre est à la baisse dû aux fusions. Le terme «localité» est l'élément d'information qui sert à localiser chaque code postal. Ce n'est pas toujours un véritable nom de municipalité, mais parfois un nom de bureau de poste ou un autre nom couramment utilisé par les gens, dans leur adresse postale. Les toponymes sont, pour nous, un ensemble encore plus grand de noms de lieux habités (plusieurs milliers) incluant les noms officiels des municipalités, ainsi que de nombreuses variantes de ces noms, ou encore d'anciens noms usuels. Ces notions sont importantes quand on doit associer un code municipal à une adresse donnée.

L'univers des soins actifs de MED-ÉCHO

Il s'agit des soins physiques de courte durée «épurés» de tout ce qui n'est pas de la véritable courte durée. Ainsi, pour circonscrire cet univers, on élimine les installations qui, tout en participant à MED-ÉCHO, dispensent *principalement* des soins de longue durée, de réadaptation ou de convalescence. Les installations non retenues présentent des caractéristiques qui n'ont rien à voir avec des soins actifs. Par exemple:

- on y retrouve un plus grand nombre de lits de soins de longue durée que de lits de soins de courte durée
- les usagers y sont référés par une autre installation pour réadaptation;
- le nombre moyen de départs par lit de soins de courte durée et par année y est faible, c'est-à-dire, moins de 15.

Les centres hospitaliers de soins psychiatriques sont également exclus, de même que les soins de longue durée dispensés dans les unités de soins de longue durée et dans les unités de soins de courte durée.

En résumé, l'univers des soins actifs *exclut* les centres hospitaliers de soins psychiatriques, les installations de soins de réadaptation (incluant la convalescence), les installations de soins de longue durée (comprenant les maladies chroniques) et, enfin, les soins de longue durée dispensés dans les unités de soins de longue et de courte durée des installations retenues.

Les codes postaux à six positions et les RTA

L'univers des données de la Société canadienne des postes comprend un fichier de tous les codes postaux ruraux et urbains en usage au Québec.

Le code postal canadien est un code alphanumérique à six caractères qui sert à indiquer la destination du courrier expédié. Les caractères alphanumériques sont disposés selon la forme ANA NAN. Le code postal a recours à 20 caractères alphabétiques et à 10 caractères numériques. Six caractères alphabétiques ne sont pas utilisés (D,F,I,O,Q,U). Au Québec, les codes commencent tous par G, H et J sauf quelques exceptions. Celles-ci sont K0J 2H0, K6H 5V1, P0L 1Y0, X0A 0H0, ainsi que quelques codes postaux du gouvernement fédéral à Hull commençant par K1A (la liste est disponible sur demande).

Les trois premiers caractères du code postal (ANA) correspondent à des régions précises et assez stables appelées régions de tri d'acheminement du courrier (RTA). Les RTA rurales se reconnaissent par un 0 figurant à la deuxième position du code de la RTA.

Les trois derniers caractères du code (NAN) correspondent à l'unité de distribution locale (UDL). En milieu urbain, on compte plusieurs types d'UDL, comme les immeubles à appartements, les commerces, les super boîtes postales, etc.

Les projections de population du BSQ

Le Bureau de la Statistique du Québec (BSQ) produit des projections de population à partir des données du plus récent recensement canadien. Ces projections sont réalisées au niveau des régions administratives et des territoires de MRC. Des projections selon le territoire de CLSC sont produites à la demande du MSSS avec sa collaboration. Les plus récentes projections couvrent les années 1992 à 2016 (1992 à 2041 au niveau des régions administratives).

Les estimations de population de Statistique Canada

Cet organisme produit des estimations de populations annuelles, basées sur les données des recensements et sur les événements démographiques observés (naissances, décès) ou estimés (mouvements migratoires), à l'échelle des provinces et des divisions de recensement (correspondant aux MRC au Québec). Depuis octobre 1993, ces estimations tiennent compte du sous-dénombrement observé lors des recensements et des résidents non-permanents. Les anciennes estimations ont été réajustées sur cette nouvelle base à compter de 1971, en ce qui concerne les provinces, et de 1986 pour les MRC. Actuellement, nous disposons d'estimations finales jusqu'en 1993, d'estimations révisées pour 1994 et d'estimations provisoires pour 1995.

**ORTHOGRAPHE OFFICIEL DES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES EN ACCORD
AVEC LES RÈGLES D'ÉCRITURE TOPONYMIQUES**

Beaucoup de versions différentes existent quant à la façon d'orthographier les noms des régions socio-sanitaires du Québec dans les diverses publications du Ministère. Aussi, afin de viser une uniformisation toujours très souhaitable dans ce genre de situation, nous avons jugé qu'il serait fort utile à tout le monde de présenter l'orthographe officielle des régions socio-sanitaires. Précisons que cette façon d'orthographier le nom des RSS a reçu l'aval de la Commission de toponymie du Québec, suite à une démarche de madame Danielle Gladu du Service des communications du Ministère.

LISTE DES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES DU QUÉBEC

- 01 Région du Bas-Saint-Laurent
- 02 Région du Saguenay–Lac-Saint-Jean
- 03 Région de Québec
- 04 Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- 05 Région de l'Estrie
- 06 Région de Montréal-Centre
- 07 Région de l'Outaouais
- 08 Région de l'Abitibi-Témiscamingue
- 09 Région de la Côte-Nord
- 10 Région du Nord-du-Québec
- 11 Région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
- 12 Région de la Chaudière-Appalaches
- 13 Région de Laval
- 14 Région de Lanaudière
- 15 Région des Laurentides
- 16 Région de la Montérégie
- 17 Région du Nunavik
- 18 Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James

POLITIQUE DE FACTURATION DES DOCUMENTS PRODUITS AU MINISTÈRE

Suite à une décision du Conseil exécutif arrêtée en juillet 1996, nous devons dorénavant nous conformer à une politique de commercialisation des documents produits au Ministère, via les librairies des Publications du Québec. Cette politique touche surtout les documents ministériels édités à l'extérieur du MSSS ou au Service des communications du MSSS. Ainsi, elle ne touche pas nos bulletins d'information (les «INFO»), ainsi que nos documents à reliure «boudinée», ceux-ci étant produits au Service de reprographie du MSSS. Par contre, chaque cas sera analysé pour juger de la pertinence de la commercialisation.

De plus, une autre décision du Conseil exécutif a instauré, à compter du 1^{er} août 1996, un système de facturation de frais d'administration pour les autres documents produits au Service des communications du Ministère (à l'exception des dépliants, des affiches et des brochures promotionnelles). Ces frais sont de 5,00\$ pour le premier document, et de 1,00\$ pour chaque copie additionnelle. Ces frais ne s'appliquent cependant pas lors de la diffusion massive à la clientèle cible reliée à chacun des documents.

Pour le moment, ce système de facturation de frais d'administration ne s'applique pas aux produits édités au SAS, mais il pourrait en être autrement dans les mois qui viennent.

Quoi qu'il en soit, dans les numéros subséquents du bulletin INFO-SAS, nous vous tiendrons au courant des développements qui surviendront dans ce dossier. En attendant, voici trois de nos productions dorénavant soumises à la politique de commercialisation du Ministère:

- Le Québec comparé: Indicateurs sanitaires, démographiques et socio-économiques, Évolution de la situation québécoise, canadienne et internationale, MSSS, 1995.
Prix: 19,95\$
- Le coût et l'efficacité des services de santé et des services sociaux, MSSS, juin 1996.
(La version anglaise est également disponible) Prix: 10,95\$
- Indicateurs sociosanitaires, Comparaisons internationales, Évolution 1980-1994, France-Québec, 1998. (La version anglaise sera bientôt disponible).

Ces documents sont disponibles chez «Les publications du Québec», 1500 D, boul. Charest Ouest, Sainte-Foy (Québec) G1N 2E5.

LISTE DE SIGLES ET ABRÉVIATIONS FRÉQUEMMENT UTILISÉS

BSQ	Bureau de la statistique du Québec
CEGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CQRS	Conseil québécois de la recherche sociale
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CIM-9	Codification internationale des maladies, 9 ^e révision
CLSC	Centre local de services communautaires
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CJ	Centre jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CR JDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
CR MDA	Centre de réadaptation pour jeunes mères en difficulté d'adaptation
CR PAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes
CR PDI	Centre de réadaptation pour personnes déficientes intellectuelles
CR PDP	Centre de réadaptation pour personnes déficientes physiques
CR PDP A	Centre de réadaptation pour personnes déficientes physiques auditives
CR PDP M	Centre de réadaptation pour personnes déficientes physiques motrices
CR PDP V	Centre de réadaptation pour personnes déficientes physiques visuelles
CS	Centre de santé
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DGPE	Direction générale de la planification et de l'évaluation
DIRIS	Direction des indicateurs de résultats et information statistique
DSC	Département de santé communautaire
ETP	Équivalent temps plein
FPE	Financement des programmes établis
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec

HLM	Habitation à loyer modique
IIP	Indice implicite de prix
MCT	Structure Mission-Classe-Type
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladie transmise sexuellement
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
OSGE	Office des services de garde à l'enfance
PIB	Produit Intérieur Brut
Pop.	Population
PPA	Parité du pouvoir d'achat
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RAPC	Régime d'assistance publique du Canada
RTA	Région de tri d'acheminement du courrier
RREGOP	Régime de retraite des employés du Gouvernement et des organismes publics
RRF	Régime de retraite des fonctionnaires
RSS	Région sociosanitaire
SAAQ	Société de l'assurance-automobile du Québec
SAHT	Service d'apprentissage aux habitudes de travail
SAS	Service de l'analyse statistique
SCCR	Société canadienne de la Croix-Rouge
SÉRHUM	Statistique évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système sociosanitaire québécois
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIFO	Système d'information financière et opérationnelle
STATÉVO	Statistiques évolutives sur l'utilisation des services dans le réseau
TCR	Temps complet régulier

TSC	Transfert social canadien
UDL	Unité de distribution locale
VIH	Virus d'immunodéficience humaine