

---

## INFO – SDI

---

### Bulletin d'information générale du Service du développement de l'information

Direction générale adjointe aux ententes de gestion

Direction de la gestion intégrée de l'information

**Service du développement de l'information**

---

**Juin 2010**

---

ISSN 1714-0269 (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>*

L'une des responsabilités importantes dévolues au Service du développement de l'information (SDI) consiste à produire et à diffuser de l'information statistique de base sur les différents aspects du système sociosanitaire, et ce, à l'aide de divers véhicules informationnels.

Notre collection de bulletins d'information constitue l'un de ces véhicules. Ces bulletins sont très flexibles et relativement peu coûteux à produire, tout en étant complémentaires à nos produits traditionnels (documents statistiques récurrents, documents de référence, fichiers électroniques, etc.). En outre, ils permettent une mise à jour rapide des informations que nous voulons transmettre à nos clients. La liste de ces bulletins est présentée ci-après (page 2).

Or, nous disposons de beaucoup d'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 SDI. 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-SDI**.

Tous nos bulletins d'information sont disponibles *sans frais* à la section « Statistiques » du site Internet du Ministère ([www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)).

À la section « Statistiques », l'icône « Statistiques et bulletins d'information » est divisée en plusieurs rubriques, dont l'une est intitulée « Les bulletins et autres informations ». Ce bulletin apparaît dans la catégorie « Information générale » de cette rubrique.

N'hésitez pas à consulter nos documents sur le WEB et à nous acheminer vos commentaires.

<b>TITRE</b>	<b>DESCRIPTION</b>	<b>DÉBUT</b>	<b>CYCLE</b>
<b>INFO-BASSINS</b>	Statistiques sur les bassins de desserte des soins physiques de courte durée dans les centres hospitaliers	1998	Annuel
<b>INFO-CONTOUR</b>	Statistiques sur le contour financier des programmes-services et des programmes-soutien du Ministère	1998	Annuel
<b>INFO-DÉPENSES</b>	Statistiques sur les dépenses de santé comparatives à l'échelle canadienne et au plan international	2008	Annuel
<b>INFO-HÉBERGEMENT</b>	Statistiques de base sur l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie	2008	Annuel
<b>INFO-HOSP-HORS-QUÉBEC</b>	Statistiques sur les hospitalisations et les interventions en chirurgie d'un jour de Québécois survenues dans les autres provinces canadiennes	2006	Annuel
<b>INFO-JEUNESSE LPJ</b>	Statistiques liées à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse	2007	Annuel
<b>INFO-MÉD</b>	Statistiques sur la répartition des médecins selon le sexe et l'âge	2003	Annuel
<b>INFO-MED-ÉCHO</b>	Statistiques sur les hospitalisations en soins de courte durée	1999	Annuel
<b>INFO-M34</b>	Information sur le découpage territorial du MSSS	1993	Occasionnel
<b>INFO-ORG.COM</b>	Statistiques sur les subventions aux organismes communautaires	2006	Annuel
<b>INFO-POP</b>	Information générale et données statistiques sur la population du Québec	1993	Annuel
<b>INFO-SDI</b>	Information d'ordre général non reliée à un dossier spécifique	1996	Bisannuel
<b>INFO-SÉRHIUM</b>	Statistiques sur les ressources humaines et institutionnelles du système socio-sanitaire québécois	1996	Annuel

<b>TITRE</b>	<b>DESCRIPTION</b>	<b>DÉBUT</b>	<b>CYCLE</b>
<b>INFO-SIFO</b>	Information financière et opérationnelle sur le système sociosanitaire québécois	1994	Annuel
<b>INFO-SIRTF</b>	Statistiques sur les ressources intermédiaires et de type familial	2004	Annuel
<b>INFO-STATS</b>	Statistiques sur l'utilisation des services dans les établissements du réseau	1998	Annuel

<b>Dans ce numéro</b>	<b>Page</b>
- Changements survenus au SDI.....	5
- Responsabilités du SDI.....	5
- Effectif du SDI.....	6
- Adresse du SDI.....	7
- Précisions concernant certains termes et expressions utilisés au Ministère.....	8
- Quelques définitions .....	16
- Orthographe officielle des régions sociosanitaires en accord avec les règles d'écriture toponymiques .....	18
- Liste alphabétique des sigles, acronymes et abréviations utilisés dans le domaine sociosanitaire .....	19
<b>ANNEXES :</b>	
Annexe 1 : Structure institutionnelle et territoriale du réseau sociosanitaire québécois, situation observée au 31 mars 2010.....	35
Annexe 2 : Univers des dépenses de santé .....	36

## CHANGEMENTS SURVENUS AU SDI

Certains changements administratifs survenus au Ministère en 2008 ont donné lieu à quelques ajustements pour le Service du développement de l'information (SDI). Tout d'abord, il est maintenant localisé au sein de la nouvelle Direction de la gestion intégrée de l'information (DGII). Celle-ci est chapeautée par la Direction générale adjointe aux ententes de gestion (DGAEG), qui fait elle-même partie de la Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget (DGCIFB).

En second lieu, bien que les responsabilités du service n'aient pas vraiment changé, le SDI bénéficie maintenant de deux nouvelles ressources affectées principalement à la diffusion des banques de données ministérielles. Le suivi d'indicateurs dans le cadre des ententes de gestion établies entre le Ministère et les agences de la santé et des services sociaux (ASSS), la création et la gestion de formulaires WEB de type GESTRED, le pilotage de répertoires de référence (découpage territorial, établissements, ressources en santé et services sociaux et organismes dispensateurs de services) et du système de Maintenance et Exploitation des Données pour l'Étude de la Clientèle Hospitalière (MED-ÉCHO), la production et la mise à jour d'informations statistiques de base ainsi que la réponse aux demandes *ad hoc*, provenant tant du Ministère que de l'extérieur, constituent encore les pierres d'assise du rôle dévolu au SDI.

L'effectif du SDI compte maintenant, outre le chef du service, qui cumule également le poste de directeur de la DGII, trois fonctionnaires, c'est-à-dire une secrétaire et deux techniciennes, ainsi que douze professionnelles ou professionnels, dont un est en situation de gestion. Une ressource contractuelle ainsi qu'une ressource étudiante complètent l'effectif. Que ce soit au plan de la formation académique ou à celui des champs d'activité au travail, le SDI regroupe des expertises aussi variées qu'en : économique, méthodes quantitatives, informatique, statistique, démographie, psychologie, mathématique, géomatique, épidémiologie, comptabilité, pédagogie et science sociale.

## RESPONSABILITÉS DU SDI

Globalement, le SDI a pour mission, d'une part, de produire des informations d'ordre statistique touchant les différentes facettes du système sociosanitaire québécois en exploitant les données véhiculées par les systèmes ministériels en place ou en créant ses propres bases de données dérivées, et, d'autre part, de diffuser ces informations, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Ministère, à l'aide des outils disponibles (Internet, intranet, publications officielles, etc.) ou en créant ses propres véhicules informationnels (bulletins d'information, publications spécifiques, supports électroniques, etc.).

Plus particulièrement, les champs d'information couverts par le SDI sont les suivants :

- les données populationnelles ;
- les ressources humaines ;
- les ressources institutionnelles ;
- les ressources financières ;
- la production et l'utilisation des services ;

- la territorialité ;
- les formulaires WEB de type GESTRED ;
- les indicateurs reliés aux ententes de gestion avec les ASSS ;

De plus, le SDI est responsable d'un nombre croissant de dossiers spécifiques. Qu'il suffise de mentionner :

- la création et la diffusion de la base de données régionales Eco-Santé Québec ;
- le pilotage du Répertoire des ressources en santé et services sociaux ;
- le pilotage du Référentiel territorial du Ministère (M34);
- le pilotage du Fichier des établissements ;
- le pilotage du Référentiel des organismes dispensateurs de services (RODIS) ;
- le pilotage du Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED) ;
- le pilotage du système MED-ÉCHO ;
- l'implantation des nouvelles classifications médicales CIM-10-CA/CCI ;
- la responsabilité de représenter le Ministère dans le cadre de la Banque de données des statistiques officielles (BDSO) et d'autres productions de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), telles *Le Québec Chiffres en main* et *Le Québec statistique*.

Enfin, le SDI répond à un volume important de demandes *ad hoc* provenant d'une clientèle très variée (gestionnaires, groupes de recherche, associations professionnelles, médias, entreprises privées, étudiants et citoyens, autres provinces, etc.).

## **EFFECTIFS DU SDI**

Le SDI peut maintenant compter sur un effectif de 17 personnes.

Le chef de service, M. Alain Saucier, est appuyé par une ressource administrative, en l'occurrence M<sup>me</sup> Johanne Tardif. Le service comprend également 2 ressources techniques, M<sup>mes</sup> Danielle Forest et Marie-Lourdes Bélizaire, et 12 ressources professionnelles : M<sup>mes</sup> Monique Desrosiers, Johanne Labbé, Isabelle Landry, Renée-Claude Lessard, Marie-Josée Paré, Hélène Robitaille et Guylaine St-Pierre ainsi que MM. François Béland, Michel Blondeau, Sylvain Haince, Gilles Pelletier (chef d'équipe) et Denis Raymond. Une ressource étudiante, M<sup>me</sup> Nadia Kammoun, complète l'équipe. À noter que M. Alain Saucier assume également les responsabilités de directeur de la gestion intégrée de l'information.

Le personnel du SDI constitue une équipe expérimentée, qui connaît bien les systèmes d'information, leur contenu et leurs lacunes. Le personnel sait en outre les exploiter à leur plein potentiel, afin de répondre le plus adéquatement et le plus rapidement possible à toutes les demandes qui lui sont acheminées. Pour y arriver, l'équipe développe des façons de faire et des outils novateurs susceptibles de l'aider à mieux répondre aux besoins de l'organisation.

Il s'agit d'une équipe qui pratique depuis très longtemps « l'approche clientèle » et la « gestion par résultats ». En effet, elle se tient à l'affût des besoins de ses clients et elle ajuste ses produits au fil des commentaires et des demandes qu'elle reçoit, tout en cherchant les meilleurs moyens

de les satisfaire le mieux et le plus rapidement possible, compte tenu des contraintes auxquelles elle est confrontée.

Si vous désirez obtenir plus de renseignements à propos du SDI, ses responsabilités, ses productions ou son effectif, vous pouvez consulter le site Internet du Ministère ([www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)), à la section « Statistiques ». Dans cette section, vous cliquez sur l'icône « Statistiques et bulletins d'information », laquelle regroupe les sujets qui constituent l'univers de production statistique du SDI sur le réseau Internet. Si vous cliquez sur la rubrique « D'autres informations utiles », vous trouverez le dossier « Le Service du développement de l'information (SDI) » ; c'est à cet endroit que sont versées toutes les informations utiles au sujet du SDI.

Nous versons également plusieurs documents statistiques sur l'intranet réseau du Ministère, et nous en assurons régulièrement la mise à jour. Vous pouvez consulter facilement ces documents sur la page d'accueil de l'intranet. Dans l'item « Trousse de l'employé(e) », vous cliquez sur la rubrique « Intranet réseau ». Il vous apparaît alors une liste de thèmes. Vous choisissez celui intitulé « Outil de travail » et, à l'intérieur de celui-ci, la section « Statistiques ». Parmi les dossiers disponibles, vous optez, soit pour « Statistiques officielles du MSSS », ce qui vous amène à la page d'accueil du site Internet du MSSS, soit pour « Statistiques administratives et financières du réseau » où vous avez accès à une liste d'univers informationnels où sont regroupés plusieurs documents statistiques d'intérêt général, la plupart présentés sur la base des régions sociosanitaires.

## **ADRESSE DU SDI**

Vous pouvez joindre le SDI à l'adresse suivante :

Service du développement de l'information  
Direction de la gestion intégrée de l'information  
Direction générale adjointe aux ententes de gestion  
Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
1075, chemin Sainte-Foy, 3<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1  
Adresse électronique : [johanne.tardif@msss.gouv.qc.ca](mailto:johanne.tardif@msss.gouv.qc.ca)  
Téléphone : 418 266-8399  
Télécopieur : 418 266-4612

## **PRÉCISIONS CONCERNANT CERTAINS TERMES ET EXPRESSIONS UTILISÉS AU MINISTÈRE**

Dans plusieurs domaines de l'activité professionnelle, il existe certains termes et certaines 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 expressions et des termes 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 ETP ou en ETC**

Il s'agit du personnel calculé en « équivalent temps plein », ou « équivalent temps complet », selon le nombre standard annuel d'heures rémunérées par corps d'emploi. En général, 1 ETP ou 1 ETC égale 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 un sous-ensemble du total des heures rémunérées.

### **Le territoire de CLSC**

Le Québec compte actuellement 166 territoires de centre local de services communautaires (CLSC) ; ce sont des subdivisions géographiques des 18 régions sociosanitaires. 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 à 6 positions. Vous trouverez à l'annexe 1 une illustration décrivant la structure actuelle du réseau sociosanitaire.

### **Le territoire de RLS**

À l'exception des 3 régions du Nord, on compte, au sein des 15 autres régions sociosanitaires, des territoires appelés réseaux locaux de services (RLS). Actuellement (2010), ces 15 régions renferment 95 RLS regroupant 159 territoires de CLSC. Chaque RLS compte un établissement sociosanitaire qui en est l'instance décisionnelle, soit un centre de santé et de services sociaux (CSSS).

## **Le territoire de RUIS**

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, et ce, de façon à respecter le libre choix du patient et du professionnel.

## **Les régions sociosanitaires et les régions administratives**

Historiquement, les régions sociosanitaires (RSS) correspondaient à un découpage géographique du Québec qui était spécifique au Ministère, mais qui s'inspirait du découpage administratif des régions. On y trouvait une structure à trois niveaux, soit les RSS, découpées en départements de santé communautaire (DSC), eux-mêmes découpés en territoires de CLSC. De 1971 jusqu'à la fin des années 1980, le Québec comptait 13 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 17 ; elles sont utilisées comme base territoriale dans la majeure partie des autres secteurs d'activités gouvernementales au Québec.

Dans les décrets de décembre 1991, le Ministère a décidé d'harmoniser les frontières des RSS à celles des régions administratives, mais en découpant la région administrative du Nord-du-Québec (10) en trois régions sociosanitaires, soit les RSS du Nord-du-Québec (10), du Nunavik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18). Puis, en 1997, la région administrative Mauricie-Bois-Francs (04) a été divisée en deux régions administratives : celle de la Mauricie (04) et celle du Centre-du-Québec (17). Cependant, la région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec (04) demeure.

## **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).

## **Conseil d'administration, établissement et installation**

En avril 2010, le réseau sociosanitaire du Québec comptait 189 conseils d'administration publics. Les établissements privés ont des propriétaires uniques et sont incorporés en vertu de la Loi des compagnies.

Au 31 mars 2010, le réseau regroupait 292 établissements sociosanitaires. Ces derniers chapeautaient 1 732 installations, c'est-à-dire des lieux physiques où sont dispensés des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2001, les pavillons d'hébergement font partie des « Ressources intermédiaires » ; ils ne sont plus considérés comme des installations. 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 sont situées sur un territoire différent de celui où est situé l'établissement qui les chapeaute.

Actuellement (2010), parmi les 1 732 installations, 862 (50 %) sont situées à l'extérieur du territoire de CLSC où est situé l'établissement qui les chapeaute, 541 (31 %) sont situées à

l'extérieur du territoire de RLS de leur établissement et 39, soit un peu plus de 2 %, sont à l'extérieur de la RSS où est situé l'établissement correspondant. Ceci peut devenir un problème dans la mesure où la plupart des formulaires à la base des fichiers du Ministère, tel le rapport financier annuel (AS-471), sont conçus pour décrire la situation qui prévaut dans les établissements et non dans les installations. Ainsi, toutes les dépenses d'un établissement sont attribuées à la RSS, au RLS ou au CLSC où il est situé, alors qu'une ou plusieurs des installations qu'il chapeaute peuvent être situées dans une autre RSS, un autre RLS ou dans un autre territoire de CLSC.

### **Mode de financement d'un établissement**

Les établissements peuvent être financés selon huit modes différents.

- **À budget (1)**  
Mode de financement de tous les établissements publics ainsi que des établissements privés constitués en corporation sans but lucratif et hébergeant 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 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 identifiées dans le système :

- **Achat de places - Programme provincial**

Établissements privés non conventionnés dont la mission est « centre d'hébergement et soins de longue durée » (CHSLD), 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 « CHSLD », qui rendent disponibles des places dans le cadre d'une entente initiée par l'agence.

### **Activités d'un établissement ou d'une installation**

Les activités d'un établissement ou d'une installation 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, mais ce sont des cas de plus en plus rares. Enfin, les lits dressés sont ceux qui sont dotés en personnel et prêts à recevoir un usager.

### **Les médecins**

Les données sur le nombre de médecins au Québec proviennent généralement de deux sources : la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Les fichiers de la RAMQ fournissent des données relatives aux médecins inscrits à la RAMQ et soumis à une entente, qui exercent au Québec ou hors du Québec et qui ont présenté au moins une demande de paiement à la RAMQ durant l'année ; ce sont les médecins dits « actifs ». C'est le nombre de médecins « actifs » exerçant au Québec qui apparaît dans plusieurs documents statistiques du Ministère et de la RAMQ.

Quand on veut établir des comparaisons, tant au plan interprovincial qu'à l'échelle internationale, sur le nombre de médecins pour une population donnée, il faut utiliser les informations fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), et ce, afin d'avoir une base de comparaison commune. Ces informations sont puisées à même les fichiers de la base de données médicales Scott en Ontario. Il s'agit moins d'un système de données statistiques que d'un fichier de noms et d'adresses monté à partir de questionnaires remplis par les médecins canadiens. Le nombre 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 et qu'ils aient soumis une demande de rémunération à la RAMQ ou non. De plus, la répartition par catégories de médecins et par spécialités est différente de celle observée dans les statistiques produites par la RAMQ, car, dans la base de données médicales Scott, 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 RAMQ et soumis à une entente, qui exercent au Québec, et qui ont présenté au moins 100 demandes de paiement dans les 3 derniers mois de l'exercice financier.

## La structure budgétaire officielle

La structure budgétaire, présentée dans les Comptes publics (dépenses) et dans le Livre des crédits (budget), comprend trois paliers principaux, soit les missions, les portefeuilles et les programmes.

- **Missions**

La structure compte 6 missions : *Santé et services sociaux, Soutien aux personnes et aux familles, Éducation et culture, Économie et environnement, Gouverne et justice*, ainsi que *Paielement de la dette*.

- **Portefeuilles**

Les portefeuilles correspondent aux différents ministères. Dans le cas de la mission *Santé et services sociaux*, le portefeuille et la mission se confondent, car il n'y a qu'un seul ministère, le Ministère.

- **Programmes**

Jusqu'en 1996-1997, les programmes du Ministère 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), et à la gestion du Ministère et des régies régionales en tant que telle.

Depuis ce temps, la structure budgétaire des programmes du Ministère a été sensiblement réduite jusqu'à sa forme actuelle comprenant les 5 programmes suivants :

- Fonctions nationales ;
- Fonctions régionales ;
- Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) ;
- RAMQ ;
- Promotion et développement de la Capitale-Nationale (programme lié au Ministre et non au Ministère).

## Les programmes-services du Ministère

Au milieu des années 1990, on a divisé le domaine sociosanitaire en 5 champs d'activités, eux-mêmes subdivisés en 8 programmes-clientèles, afin, d'une part, de faciliter l'établissement de contours financiers dans le cadre de l'allocation budgétaire et, d'autre part, de pouvoir s'aligner sur les concepts mis de l'avant dans la *Politique de la santé et du bien-être*. En 2003-2004, on a revu cette structure pour en arriver à un nouveau découpage en 9 programmes-services et 2 programmes-soutien. Voici la liste actuelle des programmes :

- **Les programmes-services**

- Les *programmes-services* répondant à des besoins qui touchent l'ensemble de la **population**
  - Santé publique
  - Services généraux – activités cliniques et d'aide
- Les *programmes-services* répondant à des **problématiques particulières**

- Perte d'autonomie liée au vieillissement
- Déficience physique
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
- Jeunes en difficulté
- Dépendances
- Santé mentale
- Santé physique

➤ **Les programmes-soutien**

- Administration et soutien aux services
- Gestion des bâtiments et des équipements

## **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 et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), signifie que les dépenses considérées sont pancanadiennes 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 dans un autre ministère. 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, excluant, en principe, les dépenses relatives aux services sociaux ; en principe, car il est très difficile « d'épurer » totalement les dépenses sociosanitaires 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. Vous trouverez à l'annexe 2 une illustration de ces univers de dépenses.

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 » présentées dans les Comptes publics et dans le Livre des crédits du Québec. Il s'agit des « dépenses publiques provinciales nettes », c'est-à-dire, après soustraction des revenus réalisés dans les établissements du réseau (chambres privées et semi-privées, activités accessoires, vente de services, etc.) 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 dans 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 Héma-Québec et aux 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 qu'à l'échelle régionale.

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 soustraction 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 déductions selon le centre d'activités.

### **Les municipalités, les localités et les toponymes**

Il existe environ 1 340 municipalités, au Québec, en incluant les territoires non organisés. Ce nombre est à la baisse dû aux fusions municipales.

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**

L'univers des soins actifs de MED-ÉCHO correspond essentiellement aux soins physiques et psychiatriques de courte durée dispensés dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Les centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHPSY) sont ainsi exclus.

Pour circonscrire l'univers des soins actifs en CHSGS, 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 trouve 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 des services de 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.

En résumé, l'univers des soins actifs *exclut* les CHPSY ainsi que les CHSGS dont le profil de soins s'apparente davantage à des soins de réadaptation et à des soins de longue durée.

## **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 et U). Au Québec, les codes commencent tous par G, H et J, sauf quelques exceptions. Celles-ci sont K0J 2H0, K6H 5V1, POL 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 de l'ISQ**

L'ISQ produit des projections de population à partir des données du plus récent recensement canadien. Ces projections sont réalisées à l'échelle des régions administratives et des territoires de MRC. Des projections selon le territoire de CLSC sont produites à la demande du Ministère avec sa collaboration. Les plus récentes projections couvrent les années 2006 à 2031 (2006 à 2051 en ce qui a trait aux régions administratives).

## **Les estimations de population de l'ISQ**

L'ISQ produit des estimations de populations annuelles, basées sur les données des recensements et sur les événements démographiques observés (naissances, décès) ou estimés (mouvements migratoires). Actuellement, nous disposons d'estimations finales jusqu'en 2007, d'estimations révisées pour 2008 et d'estimations provisoires pour 2009 sur la base des municipalités, des MRC, des régions administratives, des territoires de CLSC, de RLS et des régions sociosanitaires à partir de l'année 2001.

## **QUELQUES DÉFINITIONS**

Voici quelques définitions utilisées dans différents documents au Ministère.

### **Le produit national brut (PNB)**

Il s'agit d'une mesure macro-économique, en termes de dollars, de l'ensemble de la production de biens et services réalisée par les citoyens et citoyennes d'un État, sans égard à leur lieu de résidence.

**Le produit intérieur brut (PIB)**

Il s'agit d'une mesure macro-économique, en termes de dollars, de l'ensemble de la production de biens et services réalisée à l'intérieur d'un État, sans égard à la citoyenneté de ses résidents et résidentes.

**L'efficacité**

Il s'agit d'une mesure qualitative d'une action, d'un investissement, d'un effort, qui permettent l'atteinte de l'objectif visé. En fait, elle souligne et qualifie l'accomplissement ou la réalisation d'un travail, d'un projet ou d'un plan.

**L'efficience**

Il s'agit d'une mesure qualitative du rendement ou de la performance d'une action, d'un investissement, d'un effort, qui ont permis l'atteinte de l'objectif visé. En fait, elle mesure l'optimisation des ressources investies compte tenu de l'objectif atteint, c'est-à-dire les meilleurs résultats, au meilleur prix et dans les meilleurs délais.

**La gouverne**

Ensemble des outils administratifs, consultatifs et de gestion qui permettent à une organisation publique d'inscrire ses interventions dans le cadre des orientations qui lui sont données, du rôle qu'elle doit jouer et des responsabilités qu'elle doit assumer, en vue de la réalisation efficiente et efficace de sa mission.

**La planification stratégique**

Processus par lequel une organisation du secteur public définit sa mission, cerne ses enjeux et fixe ses priorités sous la forme d'orientations, d'axes d'intervention et d'objectifs traduits en termes de résultats.

**La subsidiarité**

Principe de délégation verticale des pouvoirs entre les différents niveaux administratifs d'un organisme ou d'une organisation.

## **ORTHOGRAPHE OFFICIELLE 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.

### **LISTE DES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES DU QUÉBEC**

- 01 Région du Bas-Saint-Laurent
- 02 Région du Saguenay–Lac-Saint-Jean
- 03 Région de la Capitale-Nationale
- 04 Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- 05 Région de l'Estrie
- 06 Région de Montréal
- 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

Chaque région est représentée auprès du Ministère par une agence de la santé et des services sociaux, sauf trois. Il s'agit de la région du Nord-du-Québec (10) représentée par le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, de la région du Nunavik (17) représentée par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18) représentée par le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

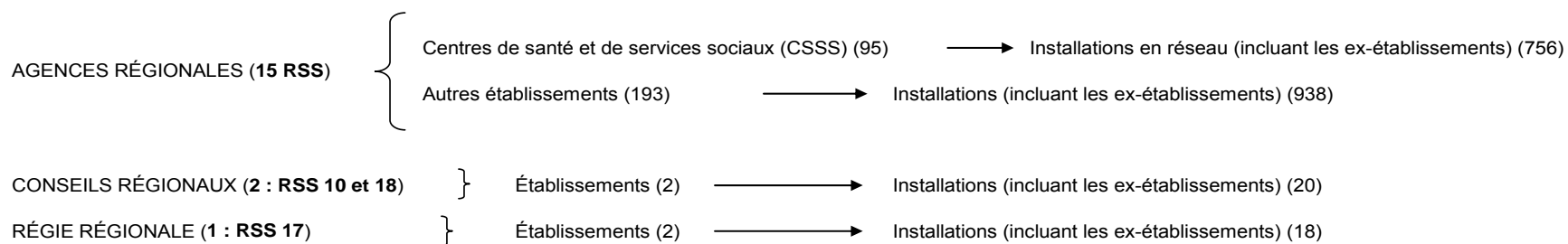
# ANNEXES



Annexe 1 : La structure du réseau sociosanitaire du Québec, aux plans institutionnel et territorial, situation observée au 31 mars 2010

---

**Ressources institutionnelles**



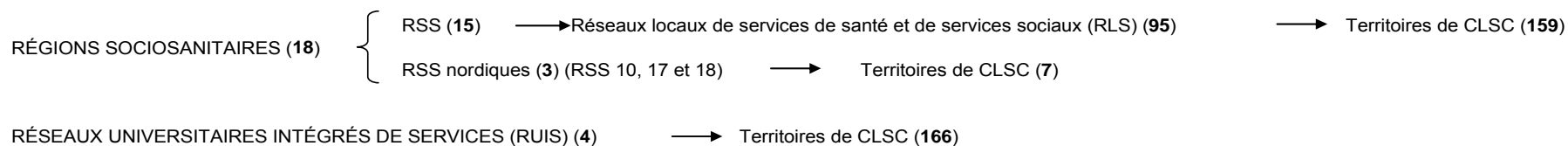
---

**Désignations ministérielles**



---

**Territoires sociosanitaires**



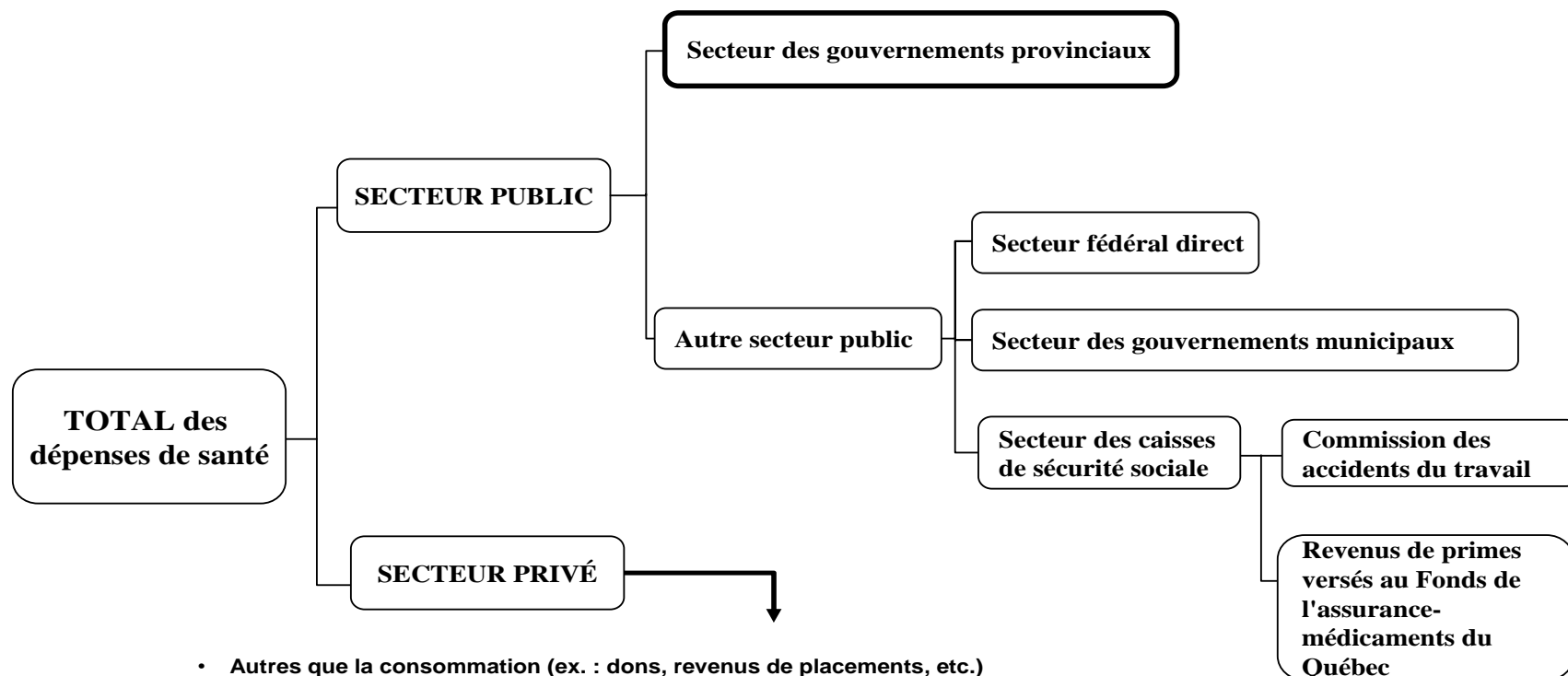
---

Source : Système de gestion territoriale M34, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ([www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)).

MSSS, SDI, juin 2010.

## Annexe 2

### Univers des dépenses de santé



- Autres que la consommation (ex. : dons, revenus de placements, etc.)
- Dépenses effectuées par les particuliers (ex. : médicaments, lunettes, dentistes, etc.)
- Assurance maladie privée commerciale (à but lucratif)
- Assurance maladie privée à but non lucratif (ex. : Croix Bleue)

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

MSSS, SDI, mars 2007.