



INFO – SDI

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

Direction générale adjointe aux ententes de gestion

Service du développement de l'information

Novembre 2004

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 constituent 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. Un tableau en présente la liste en page 2 de ce bulletin.

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).

La section « Statistiques » est divisée en plusieurs rubriques qui contiennent, outre nos bulletins, plusieurs documents, tableaux et graphiques que nous mettons à jour régulièrement.

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

TITRE	DESCRIPTION	DÉBUT	CYCLE
INFO-BASSINS	Statistique sur les bassins de desserte des soins physiques de courte durée dans les centres hospitaliers	1998	Annuel
INFO-CONTOUR	Statistiques sur le contour financier des programmes-clientèles du Ministère	1998	Annuel
INFO-MÉD	Statistiques sur la répartition des médecins selon le sexe et l'âge	2003	Annuel
INFO-MED-ÉCHO	Statistiques sur les hospitalisations en soins de courte durée	1999	Annuel
INFO-M34	Information sur le découpage territorial du Ministère	1990	Annuel
INFO-POP	Information générale et données statistiques sur la population du Québec	1993	Annuel
INFO-RRASPA	Statistiques sur les résidences privées avec services pour personnes âgées	2004	Semestriel
INFO-SDI	Information d'ordre général non reliée à un dossier spécifique	1996	Bisannuel
INFO-SÉRHUM	Statistiques sur les ressources humaines et institutionnelles du système sociosanitaire québécois	1996	Semestriel
INFO-SIFO	Information financière et opérationnelle sur le système sociosanitaire québécois	1994	Annuel
INFO-SIRTF	Statistiques sur les ressources intermédiaires et de type familial	2004	Semestriel
INFO-STATS	Statistiques sur l'utilisation des services dans les établissements du réseau	1998	Annuel

Dans ce numéro	Page
- Changements survenus au SDI	3
- Liste des productions les plus récentes du SDI	4
- Précisions concernant certains termes et expressions utilisés au Ministère	6
- Orthographe officielle des régions sociosanitaires en accord avec les règles d'écriture toponymiques	15
- Liste de sigles et abréviations utilisés dans le domaine sociosanitaire.....	16

CHANGEMENTS SURVENUS AU SDI

Lors de la dernière réorganisation du Ministère (automne 2002), le Service du développement de l'information (SDI) a migré de la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information (DGPSEGI) vers la nouvelle Direction générale de la coordination ministérielle et des relations avec le réseau (DGCMMR), nouvellement rebaptisée Direction générale de la coordination (DGC). À l'intérieur de celle-ci, le SDI fait désormais partie de la Direction générale adjointe aux ententes de gestion (DGAEG). Dans les faits, les responsabilités du Service ont peu changé, si ce n'est l'ajout de dossiers ayant trait, entre autres, au suivi d'indicateurs dans le cadre des ententes de gestion établies entre le Ministère et les agences régionales. La production et la mise à jour d'informations statistiques de base et 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, deux fonctionnaires, neuf 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, un démographe, une statisticienne, ainsi qu'un spécialiste de la bureautique et des produits informatiques.

Vous pouvez rejoindre le SDI à l'adresse suivante :

Service du développement de l'information
Direction générale adjointe aux ententes de gestion
Direction générale de la coordination
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Ste-Foy, 3^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Adresse électronique : francoise.drolet@msss.gouv.qc.ca
Téléphone : (418) 266-7123
Télécopieur : (418) 266-4612

LISTE DES PRODUCTIONS LES PLUS RÉCENTES DU SDI

Parmi les productions du SDI, 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

- La population du Québec par territoire de CLSC, par territoire sociosanitaire et par région sanitaire, pour la période 1981 à 2021, novembre 2000 ; la version couvrant la période 1981 à 2026 sera disponible au début de 2005
- INFO-POP no. 14, mai 2004

2- Les ressources humaines et institutionnelles

- INFO-SÉR HUM, mai 2004
- INFO-MÉD, octobre 2004
- INFO-RRASPA, avril 2004
- INFO-SIRTF, juin 2004

3- Les dépenses

- Dépenses de santé, Québec et Ontario, 1991 à 2000, septembre 2001
- INFO-CONTOUR, août 2003
- SIFO, Méthodologie, avril 2004
- INFO-SIFO, avril 2004

4- Les services

- INFO-MED-ÉCHO, juin 2004
- INFO-BASSINS, juin 2004
- INFO-STATS, mars 2004

5- Géomatique et découpage territorial

- Codes et noms des territoires RSS, CLSC (et MRC correspondantes) et des établissements CLSC, avril 2004 (format PDF)
- Cartographie de base des RSS et des CLSC du Québec, avril 2004
- INFO-M34, juin 2004
- Liste des noms et des codes des municipalités du Québec, avril 2004
- Liste des toponymes municipaux avec leur CLSC et leur MRC, avril 2004 (format PDF)
- Liste des noms des municipalités avec leur population recensée, CLSC et MRC, avril 2004 (format PDF)
- Liste des municipalités par CLSC, avril 2004 (format PDF)
- Revue des évènements affectant des découpages territoriaux du MSSS, avril 2004

6- Autres

- Structuration et mise à jour de la section « Statistiques » du site Internet du Ministère, (à intervalle régulier)
- Chapitre « Santé et services sociaux », du document de l'ISQ « Le Québec : Chiffres en main, édition 2004 », mars 2004
- Mise à jour de la section « Santé et services sociaux » de la BDSO en collaboration avec l'ISQ (à interval régulier)
- Structuration et mise à jour de la partie statistique du site intranet de la Direction générale.
- Éco-Santé Québec 2004, 3^e édition d'un logiciel téléchargeable gratuitement, présentant de nombreuses données statistiques sur la santé de la population et sur le système de santé du Québec et de ses 18 régions sociosanitaires.

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 termes et des 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 ou d'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, c'est-à-dire, en général, 1 ETP ou 1 ETC = 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 et l'établissement CLSC

Le Québec compte actuellement 169 territoires de centre local de services communautaires (CLSC) ; ce sont des subdivisions géographiques des 18 régions sociosanitaires. Au 31 mars 2004, 148 établissements ayant une mission CLSC « couvrent » ou desservent ces territoires ; par conséquent, certains établissements CLSC représentent plus d'un territoire de CLSC, notamment dans la région de Montréal (06). Il est donc très important de faire la distinction entre les 169 territoires de CLSC et les 148 établissements CLSC. 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. Il faut également noter que les établissements CLSC ont souvent été fusionnés à d'autres établissements pour former des établissements à vocations multiples aux noms variés (ex. CLSC-CHSLD).

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 Département de santé communautaire (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 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 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), 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.

Conseil d'administration, établissement et installation

Actuellement (octobre 2004), le réseau sociosanitaire du Québec compte 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 2004, le réseau regroupait 463 établissements sociosanitaires. Ces derniers chapeautaient quelque 1 800 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^{er} 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 situées sur un territoire différent de celui où est situé l'établissement qui les chapeaute. On estime à 40 % le nombre d'installations qui sont situées à l'extérieur du territoire de CLSC où est situé l'établissement qui les chapeaute, et à un peu plus de 2 % 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 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 nommément 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) 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 « CHSLD » et qui rendent disponibles des places dans le cadre d'une entente initiée par l'agence 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, 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

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. Par contre, quand on veut établir des comparaisons, tant au plan 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 l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), afin d'avoir une base de comparaison commune. Ces informations sont puisées à même les fichiers du « Southam Medical Data Base », gérés par la firme Southam communications Limited, de Scarborough, en Ontario. Il s'agit moins d'un système de données statistiques que d'un fichier de noms et d'adresses monté à partir de questionnaires remplis par les médecins canadiens. Le nombre 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. De plus, 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 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.

La structure compte six missions : *Santé et services sociaux, Soutien aux personnes et aux familles, Éducation et culture, Économie et environnement, Gouverne et justice*, ainsi que *Service 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), et à la gestion du MSSS et des régies régionales en tant que telle.

Par contre, depuis 2002-2003, la structure officielle comprend plutôt les 4 programmes suivants :

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

Les programmes-services 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. 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, 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 publics et 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 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 Héma-Québec, 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 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 revenus réalisés selon le centre d'activités.

Les municipalités, les localités et les toponymes

Il existe actuellement environ 1 300 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 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.

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, 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'Institut de la statistique du Québec (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 MSSS avec sa collaboration. Les plus récentes projections couvrent les années 1996 à 2021 (2001 à 2051 en ce qui a trait aux 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 grosso modo 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 2002, d'estimations révisées pour 2003 et d'estimations provisoires pour 2004.

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, 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.

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 régionale, 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.

**LISTE ALPHABÉTIQUE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS
UTILISÉS DANS LE DOMAINE SOCIOSANITAIRE**

A.S.P.A .	Approche sécurisante des polytoxicomanes anonymes.
ACAPA	Association des centres d'accueil privés autofinancés
ACCQ	Association des CLSC et des CHSLD du Québec
ACDQ	Association des chirurgiens-dentistes du Québec
ACMDP	Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec
ACSSSQ	Association des cadres de la santé et des services sociaux du Québec
ADRLSSSS	Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
AEPC	Association des établissements privés conventionnés - santé services sociaux
AEPH	Aide à l'employabilité des personnes handicapées
AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AGIUQ	Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec
AHQ	Association des hôpitaux du Québec
AIRC (IACR)	Association internationale des registres de cancer
AMPQ	Association des médecins psychiatres du Québec
APAQ	Association professionnelle des audioprothésistes du Québec
APES	Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
APG	Ambulatory Patient Group
APR-DRG	All Patient Refined - Diagnosis Related Groups
APVP	Années potentielles de vie perdues
AQAM	Association québécoise des archivistes médicales
AQEPP	Association québécoise des ergothérapeutes en pratique privée
AQIPA	Association québécoise des intervenants auprès des personnes amputées
AQPP	Association québécoise des pharmaciens propriétaires
ARAPAQ	Association des ressources adultes et personnes âgées du Québec
ARIHQ	Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec
ASCBMFQ	Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec
ASPC	Agence de santé publique du Canada
ASPQ	Association pour la santé publique du Québec
AVD	Activités de vie domestique
AVQ	Activités de vie quotidienne
BCF	Bureau du contrôleur des finances
BDSO	Banque de données statistiques officielles
BRSS	Banque sur la recherche sociale et en santé
BSQ	Bureau de la statistique du Québec (maintenant ISQ)
C.A.L.A.C.S.	Centre d'aide & de lutte contre les agressions à caractère sexuel
C.J.	Centre de jour
c/a	centre d'activités
CA	Conseil d'administration
CAFAT	Centre d'aide aux familles d'alcooliques et de toxicomanes
CAFI	Centre d'aide aux familles immigrantes
CAIQ	Commission d'accès à l'information du Québec
CAPAS	Centre d'aide et de prévention d'assauts sexuels

CARRA	Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances
CCADTC	Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux
CCASS	Conseil canadien d'agrément des services de Santé
CCIS	Centre canadien d'information sur la santé
CCP	Conseil consultatif de pharmacologie
CCRC	Conseil canadien des registres de cancer
CCRI	Comité de concertation sur les ressources informationnelles du réseau
CCS	Centre de communication santé
CCSP	Comité de coordination de la santé publique
CCUTIM	Comité consultatif des utilisateurs des technologies de l'information du Ministère
CECCNU	Comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences
CEFRIO	Centre francophone d'informatisation des organisations
CÉGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CEGG	Centre d'expertise géronto-gériatrique
CEP	Circonscription électorale provinciale
CÉPIQ	Centre d'épidémiologie d'intervention du Québec
CETS	Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec
CGR	Comité de gestion du réseau
CH	Centre hospitalier
CHA	Centre hospitalier affilié
CHQ	Corporation d'hébergement du Québec
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIDIH	Classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps
CIDS	Centre d'intervention en délinquance sexuelle
CIHI	Canadian Institut for Health information
CIM	Classification internationale des maladies
CIM-9	Codification internationale des maladies, 9e révision
CIM-10	Classification internationale des maladies, dixième révision
CIM-O-2	Classification internationale des maladies pour l'oncologie, seconde révision
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMAC	Comité mixte américain du cancer
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMOT	Comité ministériel sur l'organisation du travail
CMQ	Conseil médical du Québec
CMQ	Collège des médecins du Québec
COA	Comité régional d'orientation — admission (hébergement)
CODIR	Comité de direction ministériel
COMEX	Comité exécutif du MSSS
COPATLA	Centre d'orientation et de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie pour les Latino-Américains
CORREQ	Consortium de recherche en réadaptation de l'Est du Québec

COU	Contraception orale d'urgence
CP	Commissaire aux plaintes
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CPLT	Comité permanent de lutte à la toxicomanie
CQCS	Centre québécois de coordination sur le SIDA
CQRS	Conseil québécois de la recherche sociale
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 autres 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
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (en France)
CRIM	Centre de recherche en informatique de Montréal
CRISS	Centre de ressources et interventions en santé et sexualité
CRM	Customer relationship management
CS	Centre de santé
CSBE	Conseil de la santé et du bien-être
CSMQ	Comité de la santé mentale du Québec
CSS	Centre de services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
CTMSP	Classification par type en milieu de soins prolongés
CUSE	Centre universitaire de santé de l'Estrie
DCI	Dossier clinique informatisé - Module du MCGG pour intervenants pivots
DES	Dossier électronique de santé
DG	Directeur général
DGAME	Direction générale des affaires ministérielles et extraministérielles
DGAMU	Direction générale des affaires médicales et universitaires
DGC	Direction générale de la coordination
DGFISB	Direction générale du financement, investissement et suivi budgétaire
DGI	Direction de la gestion de l'information
DGPMO	Direction générale des politiques de main d'oeuvre
DGPSEGI	Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information
DGSAP	Direction générale des services à la population
DGSP	Direction générale de la santé publique
DI	Déficience intellectuelle
DME	Données minimales essentielles
DMS	Durée moyenne de séjour
DMU	Département de médecine d'urgence
DP	Déficience physique
DPG	Day procedure group

DR	Division de recensement
DRG	Diagnostics repères pour la gestion (Diagnosis Related Groups)
DRHC	Développement des ressources humaines Canada
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Directeur des services infirmiers
DSMU	Département ou service de médecine d'urgence
DSP	Direction de la santé publique
DSP	Directeur des services professionnels
DSPU	Direction des services préhospitaliers d'urgence
DSR	Détermination des services requis
ENAP	École nationale d'administration publique
ERO	Enterprise Resources Operation
ESQLA	Enquête Santé-Québec sur les limitations d'activités
ESS	Enquête sociale et de santé
ETC	Équivalent temps complet
ETG	Échelle de triage et gravité
ETP	Équivalent temps plein
FCCP	Fichier de conversion des codes postaux (pour codage géographique automatisé)
FFAPAMM	Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale
FG	Foyer de groupe
FIGO	Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique
FIHQ	Fédération des infirmières et infirmiers du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMRQ	Fédération des médecins résidents du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
FPE	Financement des programmes établis
FPS	Financement des programmes de santé
FRSQ	Fonds de la recherche en santé du Québec
GIS	Geographic Information System
GRASP	Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention
GRIS	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
GUPA	Guichet unique personnes âgées (Remplacé par MCGG)
HC	Health Canada
H.J.	Hôpital de jour
HMRI	Hospital Medical Records Institute
H.T.	Hébergement temporaire
Héb. perm.	Hébergement permanent
HL7	Health Level Seven - RIM - Reference information Model
HLM	Habitation à loyer modique
HSLD	Hébergement et soins de longue durée
ICI	Intervention comportementale intensive
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé (CIHI en anglais)
IIP	Indice implicite de prix
INCC	Institut national du cancer du Canada
IMC	Indice de masse corporelle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec

INTER-RAII	Organisme de recherches sans but lucratif et inter-RAI - Instruments d'évaluation
IPAC	Initiative de partenariats en action communautaire visant la lutte à l'itinérance
IPT	Indice préhospitalier de traumatologie
IRM	Imagerie à résonance magnétique
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ISOSMAF	International Organisation for Standardization Système de mesure de l'autonomie fonctionnel
ISQ	Institut de la statistique du Québec
IUGS	Institut universitaire gériatrique de Sherbrooke
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LCR	Liquide céphalo-rachidien
LJC	Loi sur les jeunes contrevenants
LLCM	Laboratoire de lutte contre la maladie
L.R.Q.	Loi refondue du Québec
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
M\$	Million de dollars
MAD	Maintien à domicile
MADI	Mécanisme d'accès-Déficiência intellectuelle
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MCGG	Mécanisme de coordination géronto-gériatrique
MCT	Structure mission-classe-type
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MESSII	Mesure de soins et services infirmiers informatisée
MIF	Mesure d'indépendance fonctionnelle - reliée aux déficiences physiques
MM\$	Milliard de dollars
MOB	Mobilité (dans le cadre du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle)
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladie transmissible sexuellement
MUIT	Module universel d'information territoriale
NAM	Numéro d'assurance maladie
NAS	Numéro d'assurance sociale
NEGS	Programme naître égaux et grandir en santé
NPC	Nouvelles prises en charge (jeunes)
OASIS	Outcome and Assessment Information Set
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OEMC	Outil d'évaluation multi-clientèle
OIE	Outil intégré d'évaluation
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
ORU	Outil de référence unique
OSGE	Office des services de garde à l'enfance

PACE	Programme d'action communautaire pour les enfants
PACTE	Projet « actions concertées » dans le territoire (filtre les urgences)
PAE	Prestataire de l'assistance-emploi
PAE	Programme d'aide aux employés
PAPA	Personnes âgées en perte d'autonomie
PAT	Personnes alcooliques et autres toxicomanes
PAV	Pavillon d'hébergement
PDI	Personnes déficientes intellectuelles
PDP	Personnes déficientes physiques
PECPA-2R	Protocole d'examen cognitif de la personne âgée
PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
PI	Plan d'intervention
PIB	Produit intérieur brut
PLAISIR	Planification informatisée des soins infirmiers requis
PNB	Produit national brut
PPA	Parité du pouvoir d'achat
PPICS	Programme de partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé
PR	Premiers répondants
PRA	Programme de réadaptation hospitalier
PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie
PRSA	Programme régional des services ambulatoires - régie rég. Laval
PSGI	Plan soins guides infirmiers
PSI(G)	Plan de soins infirmiers (Guide)
PSR	Prestataire de la sécurité du revenu (maintenant PAE)
PTI	Programme triennal d'immobilisations
RAI	Resident Assessment Instrument = Multiclientèle
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCC	Registre Canadien du Cancer
RIM	Reference Information Model
ROC	Regroupement des organismes communautaires
RPTC	Registres provinciaux et territoriaux de cancer
RRF	Régime de retraite des fonctionnaires
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
RSI	Responsable des soins infirmiers
RSS	Région sociosanitaire
RTA	Région de tri d'acheminement du courrier
RTF	Ressources type familial
RTS	Signalement traité (jeunes)
RTSS	Réseau de télécommunications sociosanitaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SAHT	Service d'apprentissage aux habitudes de travail
SAIC	Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes
SAT	Territoire d'équipe de santé au travail
SBESC	Santé et bien-être social Canada (maintenant remplacé par Santé Canada)
SCC	Société canadienne du cancer
SC	Statistique Canada

SDC	Sécurité ou développement compromis (du jeune âgé de 0 à 17 ans)
SDI	Service du développement de l'information
SERHUM	Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système sociosanitaire québécois
SGC	Standard Geographic Classification code (PR CD CSD)
SGS	Soins généraux et spécialisés
SIC-CLSC	Système d'information clientèle-CLSC
SICDP	Système d'information sur la clientèle en déficience physique (MIF)
SICHELD	Système d'information clientèle en CHSLD
SICRA	Système d'information pour la coordination régionale des admissions
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIFO	Système d'information financière et opérationnelle
SIGG	Système d'information géronto-gériatrique
SIOP	Société internationale d'oncologie pédiatrique
SIPA	Système d'information personnes âgées
SI-PRSA	Programmation régionale des services ambulatoires régie rég. Laval
SIRACDOF	Système d'information reliant les activités cliniques aux données opérationnelles et financières
SIRTF	Système d'information sur les ressources de type familial
SISMAD	Système d'information pour les services de maintien à domicile
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SNDCC	Système national de déclaration des cas de cancer
SOGIQUE	Société de gestion informatique du Québec
SP	Soins psychiatriques
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
SQTRP	Société québécoise des thérapeutes en réadaptation physique
SSS	Santé et Services sociaux
STATEVO	Statistiques évolutives sur l'utilisation des services dans le réseau
STC	Statistique Canada - Statistics Canada
SYSEVAL	Système d'évaluation psychosociale
TCR	Temps complet régulier
TCSPS	Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux
TED	Troubles envahissants du développement
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TNM	Classification des stades de tumeurs malignes (T=extension, N="nodes" ou ganglions, M=métastase)
TRAT	Traitement et réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie
TSC	Transfert social canadien
TSS	Territoire sociosanitaire
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UDL	Unité de distribution locale (du courrier)
UICC	Union internationale contre le cancer
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
USLD	Unité de soins de longue durée
VAM	Variation annuelle moyenne
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
WAP	Wireless Application Protocol

WHO World Health Organization (en français, OMS)
ZONE AMB Zone ambulancière