



INFO – SDI

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

Direction de la gestion de l'information
Service du développement de l'information

Mars 2001

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 SDI (ex-SAS) 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 de courte durée dans les centres hospitaliers ; **INFO-CONTOUR**, pour le contour financier des programmes-clientèles du Ministère ; et **INFO-MED-ÉCHO**, pour les hospitalisations en soins de courte durée.

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 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**.

Dans ce numéro

- Changements survenus au SDI	3
- Liste des productions les plus récentes du SDI.....	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 SDI

Lors de la dernière réorganisation du Ministère (automne 1999), on a rebaptisé le Service de l'analyse statistique (SAS) en Service du développement de l'information (SDI). Dans les faits, les responsabilités du Service ont peu changé, si ce n'est un centrage un peu plus clair sur 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.

En ce qui concerne les mandats et les dossiers, encore là, la plupart ont été reconduits. Certains dossiers ont connu une réorientation, alors que d'autres sont carrément apparus, notamment en ce qui a trait au pilotage d'orientation du système M02.

L'effectif du SDI 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.

Vous pouvez rejoindre le SDI à l'adresse suivante :

Service du développement de l'information
Direction de la gestion de l'information
Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Ste-Foy, 12e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Adresse électronique : johanne.tardif@msss.gouv.qc.ca
Téléphone : (418) 266-7123
Télécopieur : (418) 266-7105

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
- INFO-POP no. 10, juin 2000

2- Les ressources humaines et institutionnelles

- INFO-SÉR HUM, avril 2001

3- Les dépenses

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

4- Les services

- INFO-MED-ÉCHO, mai 2000
- INFO-BASSINS no. 3, juin 2000
- INFO-STATS, mars 2001

5- Géomatique et découpage territorial

- Codes et noms des territoires RSS, CLSC (et MRC correspondantes) et des établissements CLSC, mars 2001
- Cartographie de base des RSS et des CLSC du Québec, mars 2001
- INFO-M22, avril 2001
- Cartographie des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, en PDF, août 2000
- Liste des noms et des codes des municipalités du Québec, avril 2001

6- Autres

- Mise à jour de la section «Indicateurs et statistiques» du site WEB d'Internet du Ministère, (à intervalle régulier)
- Chapitre 9, « Santé et services sociaux », du document de l'ISQ « Le Québec statistique, édition 2001 », avril 2001
- Le système de santé et de services sociaux du Québec : Une image chiffrée, mai 2001

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 168 territoires de centre local de services communautaires (CLSC) ; ce sont des subdivisions géographiques des 18 régions sociosanitaires. Actuellement, 146 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). Il est donc très important de faire la distinction entre les 168 territoires de CLSC et les 146 territoires d'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 (ex. CLSC-CHSLD), pour former des établissements à vocations multiples aux noms variés.

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 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), de Kativik (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, le réseau sociosanitaire du Québec compte 329 conseils d'administration publics ; les établissements privés ont des propriétaires uniques et sont incorporés en vertu de la Loi des compagnies. Au 31 mars 2000, le réseau regroupait 482 établissements sociosanitaires. Ces derniers chapeautaient 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 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 4 % 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-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 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 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, 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. Dans le secteur de l'hébergement et soins de longue durée, on parle également de lits gérés, c'est-à-dire sous la responsabilité des Comités régionaux d'orientation/admission (COA) ; ces comités peuvent être centralisés à la région régionale ou décentralisés sur son territoire.

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 514 personnes. 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 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. 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 nouvelle structure budgétaire, présentée dans le Livre des crédits 2000-2001, 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 régions régionales en tant que telle.

Par contre, en 2000-2001, la nouvelle structure officielle comprend plutôt les 6 programmes suivants :

- Fonctions nationales ;
- Fonctions régionales ;
- Consolidation et développement des services sociosanitaires ;
- OPHQ ;
- RAMQ ;
- Développement du loisir et du sport.

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 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 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 1 500 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, 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 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 (1996 à 2041 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 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 1998, d'estimations révisées pour 1999 et d'estimations provisoires pour 2000.

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 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 |

Chaque région est représentée auprès du Ministère par une régie régionale, sauf deux. 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, et de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James représentée par le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS FRÉQUEMMENT UTILISÉS

ACDQ	Association des chirurgiens dentistes du Québec
AHQ	Association des hôpitaux du Québec
APVP	Années potentielles de vie perdues
ASCBMFQ	Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxilo-faciale du Québec
Av. soc.	Avantages sociaux
BSQ	Bureau de la statistique du Québec (maintenant l'ISQ)
c/a	Centre d'activités
CEGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
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
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
COA	Comité régional d'orientation – admission (hébergement)
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CQRS	Conseil québécois de la recherche sociale
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 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
CR PDP	Centre de réadaptation pour personnes déficientes physiques
CR	Centre de réadaptation
CS	Centre de santé
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
D.M.S.	Durée moyenne de séjour
Dép.	Dépenses
DGI	Direction de la gestion de l'information
DGPSE	Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation
Dir.	Direction
DSC	Département de santé communautaire
ÉNAP	École nationale d'administration publique
ETP	Équivalent temps plein
FG	Foyer de groupe

FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMRQ	Fédération des médecins résidents du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
FPÉ	Financement des programmes établis
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec
Gouv.	Gouvernement ou gouvernementale
HLM	Habitation à loyer modique
Hosp.	Hospitalisation
Hres rém.	Heures rémunérées
Hres trav.	Heures travaillées
HSLD	Hébergement et soins de longue durée
IIP	Indice implicite de prix
IMC	Indice de masse corporelle
ISQ	Institut de la statistique du Québec
IVG	Interruption volontaire de grossesse
Jours-prés.	Jours-présence
L.R.Q.	Loi refondue du Québec
M\$	Million de dollars
MCT	Structure Mission-Classe-Type
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MÉQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MES	Ministère de l'Enseignement supérieur
MM\$	Milliard de dollars
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladie transmise sexuellement
NPC	Nouvelles prises en charge (jeunes)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
OSGE	Office des services de garde à l'enfance
PAE	Prestataire de l'assistance-emploi
PAT	Personnes alcooliques et autres toxicomanes
PAV	Pavillon d'hébergement
PDI	Personnes déficientes intellectuelles
PDP	Personnes déficientes physiques
Pers.	Personnes
PIB	Produit intérieur brut
PNB	Produit national brut
Pop.	Population

PPA	Parité du pouvoir d'achat
Priv.	Privé
PSR	Prestataire de la sécurité du revenu (maintenant PAE)
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RAPC	Régime d'assistance publique du Canada
Répart. %	Répartition en pourcentage
RREGOP	Régime de retraite des employés du Gouvernement et des organismes publics
RRF	Régime de retraite des fonctionnaires
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
RSS	Région sociosanitaire
RTA	Région de tri d'acheminement du courrier
RTS	Signalement traité (jeunes)
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SAHT	Service d'apprentissage aux habitudes de travail
Sal.	Salaire
SCCR	Société canadienne de la Croix-Rouge (maintenant Héma-Québec)
SDC	Sécurité ou développement compromis (du jeune âgé de 0 à 17 ans)
SDI	Service du développement de l'information
Séj. Moy.	Séjour moyen
SÉRHUM	Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système sociosanitaire québécois
SGS	Soins généraux et spécialisés
SIC-CLSC	Système d'information clientèle-CLSC
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIFO	Système d'information financière et opérationnelle
SP	Soins psychiatriques
SSS	Santé et services sociaux
STATÉVO	Statistiques évolutives sur l'utilisation des services dans le réseau
TCR	Temps complet régulier
TCSPS	Transfert canadien en matière de santé et de programme sociaux
TIC	Technologie de l'information et de la communication
Tot.	Total
TSC	Transfert social canadien
TSS	Territoire sociosanitaire
UDL	Unité de distribution locale (du courrier)
V.A.M.	Variation annuelle moyenne
VIH	Virus d'immunodéficience humaine