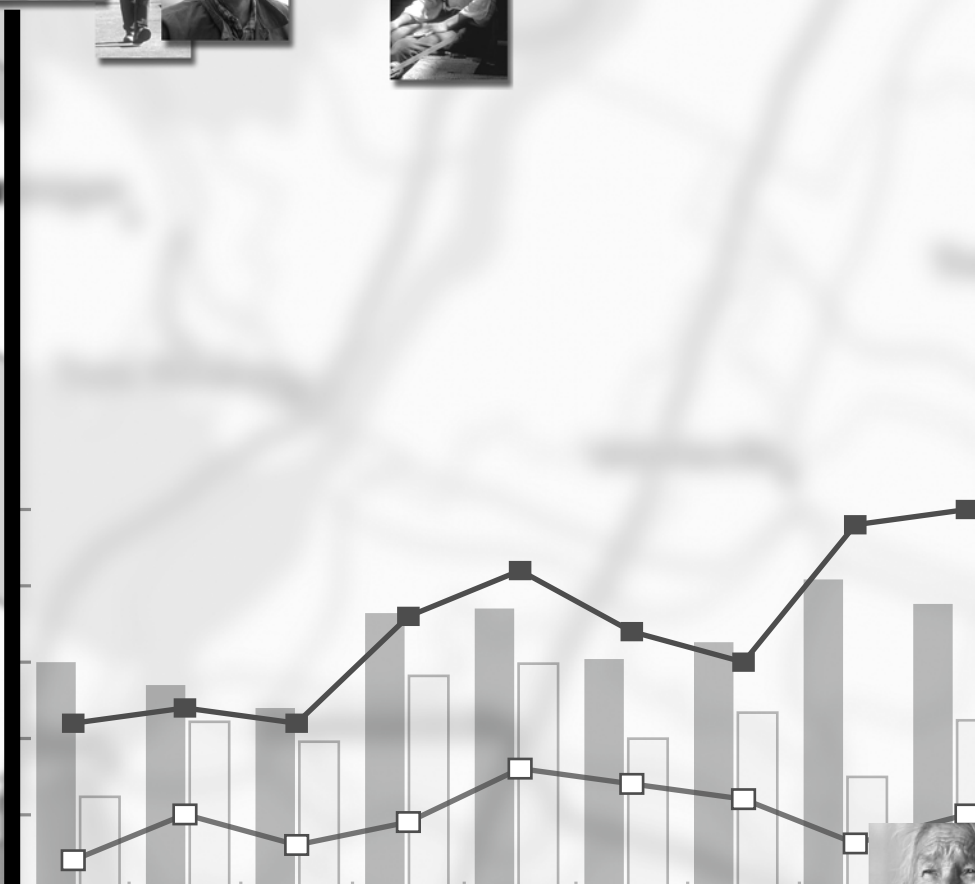


Le système de santé québécois en mutation:

un survol historique
de 1991 à 2005



Le système de santé québécois en mutation:

un survol historique
de 1991 à 2005

Cette étude a été réalisée par le Groupe de recherche PRIMUS, avec le support financier du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), dans le cadre du Programme de subventions à la recherche en santé des populations rurales et semi-rurales 2005-2006. La publication de cet ouvrage a été financée par le Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ).

Auteurs :

Alain Vanasse, MD, PhD, FCMF

Professeur-chercheur, département de médecine de famille, Université de Sherbrooke;
Directeur, Groupe de recherche PRIMUS

Julie Rouleau, MA

Groupe de recherche PRIMUS

Mireille Courteau, MSc

Groupe de recherche PRIMUS

Collaborateurs :

Robert Pampalon, PhD

Chercheur, Institut national de santé publique du Québec INSPQ

Jeannie Haggerty, PhD

Professeure-chercheure, département de santé communautaire, Université de Sherbrooke

Théophile Niyonsenga, PhD

Professeur-chercheur, Robert Stempel School of Public Health, Florida International University

Le présent document est disponible à la section *Diffusion* du site internet du Groupe de recherche PRIMUS:

<http://pages.usherbrooke.ca/primus>

Pour obtenir d'autres exemplaires de ce document, faites parvenir votre commande par courriel :

mireille.courteau@usherbrooke.ca

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Référence proposée :

Alain Vanasse, Julie Rouleau, Mireille Courteau. *Le système de santé québécois en mutation : un survol historique de 1991 à 2005*. Sherbrooke : Groupe de recherche PRIMUS, Université de Sherbrooke, 2008, 110 p.

ISBN 978-2-9810442-0-4

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2008

© Groupe de recherche PRIMUS, juin 2008

Table des matières

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	1
PRÉFACE.....	2
NOTES MÉTHODOLOGIQUES	3
UN SURVOL HISTORIQUE DE 1991 À 2005	4
<i>Introduction</i>	4
<i>La période 1991-1995 : Les débuts du virage ambulatoire</i>	4
<i>La période 1995-1998 : Une transition difficile</i>	7
<i>La période 1998-2005 : Réinvestissements et structuration du système</i>	8
<i>Conclusion</i>	11
CHANGEMENTS ET CONTINUITÉS DU SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC DE 1991 À 2005	12
<i>Régions sociosanitaires du Québec</i>	13
<i>Ensemble du Québec</i>	14
<i>Sommaire des principaux événements du système de santé de l'ensemble du Québec entre 1991 et 2005</i>	22
<i>Région 1 : Bas-Saint-Laurent</i>	23
<i>Région 2 : Saguenay Lac-Saint-Jean</i>	28
<i>Région 3 : Capitale nationale</i>	33
<i>Région 4 : Mauricie-Centre-du-Québec</i>	38
<i>Région 5 : Estrie</i>	43
<i>Région 6 : Montréal</i>	48
<i>Région 7 : Outaouais</i>	52
<i>Région 8 : Abitibi-Témiscamingue</i>	56
<i>Région 9 : Côte-Nord</i>	60
<i>Région 10 : Nord-du-Québec</i>	65
<i>Région 11 : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine</i>	69
<i>Région 12 : Chaudière-Appalaches</i>	74
<i>Région 13 : Laval</i>	79
<i>Région 14 : Lanaudière</i>	84
<i>Région 15 : Laurentides</i>	89
<i>Région 16 : Montérégie</i>	94
ANNEXE : MÉTHODOLOGIE	99
<i>Contexte</i>	99
<i>Définitions</i>	99
<i>Modèle d'analyse</i>	99
<i>Sources des données</i>	99
<i>Collecte de données</i>	100
<i>Validité</i>	101
<i>Analyse</i>	101
LISTE ALPHABÉTIQUE DES RÉFÉRENCES.....	102

Liste des figures et tableaux

<i>Régions sociosanitaires du Québec</i>	13
<i>I : Chronologie des changements et continuités du système de santé de l'ensemble du Québec entre 1991 et 2005</i>	14
<i>II : Liste des changements et continuités du système de santé de l'ensemble du Québec entre 1991 et 2005</i>	15
<i>III : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1 000 habitants pour l'ensemble du Québec de 1991 à 2005 : ratios et équivalents temps plein (ETP)</i>	17
<i>IV : Nombre d'établissements, budgets en santé et nombre d'admissions en médecine au Québec de 1991 à 2005</i>	18
<i>V : Population du Québec et des régions sociosanitaires de 1990 à 2006</i>	20
<i>VI : Population des régions sociosanitaires du Québec de 1990 à 2006, excepté les régions de Montréal et de la Montérégie</i>	21
<i>VII : Population des régions sociosanitaires de Montréal et de la Montérégie de 1990 à 2006</i>	21
<i>VIII : Événements majeurs relatifs au système de santé au Québec</i>	22
<i>IX : Pourcentage de variation du nombre d'établissements, des budgets en santé, des admissions en médecine et des effectifs médicaux au Québec entre 1991 et 2005</i>	22
<i>1.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région du Bas-Saint-Laurent entre 1991 et 2005</i>	23
<i>1.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région du Bas-Saint-Laurent entre 1991 et 2005</i>	24
<i>1.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région du Bas-Saint-Laurent : ratios et équivalents temps plein (ETP)</i>	26
<i>1.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région du Bas-Saint-Laurent</i>	27
<i>2.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean entre 1991 et 2005</i>	28
<i>2.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean entre 1991 et 2005</i>	29
<i>2.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1 000 habitants de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean : ratios et équivalents temps plein (ETP)</i>	31
<i>2.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean</i>	32
<i>3.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de la Capitale nationale entre 1991 et 2005</i>	33
<i>3.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de la Capitale nationale entre 1991 et 2005</i>	34
<i>3.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1 000 habitants de la Capitale nationale : ratios et équivalents temps plein (ETP)</i>	36
<i>3.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de la Capitale nationale</i>	37
<i>4.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de la Mauricie-Centre-du-Québec entre 1991 et 2005</i>	38
<i>4.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de la Mauricie-Centre-du-Québec entre 1991 et 2005</i> ..	39
<i>4.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de la Mauricie-Centre-du-Québec : ratios et équivalents temps plein (ETP)</i>	41
<i>4.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de la Mauricie-Centre-du-Québec</i>	42
<i>5.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de l'Estrie entre 1991 et 2005</i>	43
<i>5.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de l'Estrie entre 1991 et 2005</i>	44
<i>5.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de l'Estrie : ratios et équivalents temps plein (ETP)</i>	46
<i>5.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de l'Estrie</i>	47
<i>6.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de Montréal entre 1991 et 2005</i>	48
<i>6.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de Montréal entre 1991 et 2005</i>	49
<i>6.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de Montréal : ratios et équivalents temps plein (ETP)</i>	50
<i>6.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de Montréal</i>	51
<i>7.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de l'Outaouais entre 1991 et 2005</i>	52
<i>7.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de l'Outaouais entre 1991 et 2005</i>	53
<i>7.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de l'Outaouais : ratios et équivalents temps plein (ETP)</i>	54
<i>7.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de l'Outaouais</i>	55
<i>8.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de l'Abitibi-Témiscamingue entre 1991 et 2005</i>	56
<i>8.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de l'Abitibi-Témiscamingue entre 1991 et 2005</i>	57
<i>8.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de l'Abitibi-Témiscamingue : ratios et équivalents temps plein (ETP)</i>	58
<i>8.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de l'Abitibi-Témiscamingue</i>	59

9.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de la Côte-Nord entre 1991 et 2005.....	60
9.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de la Côte-Nord entre 1991 et 2005.....	61
9.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de Côte-Nord : ratios et équivalents temps plein (ETP)	63
9.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de la Côte-Nord.....	64
10.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région du Nord-du-Québec entre 1991 et 2005.....	65
10.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région du Nord-du-Québec entre 1991 et 2005	66
10.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région du Nord-du-Québec : ratios et équivalents temps plein (ETP)	67
10.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région du Nord-du-Québec.....	68
11.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine entre 1991 et 2005	69
11.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine entre 1991 et 2005	70
11.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine : ratios et équivalents temps plein (ETP)	72
11.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	73
12.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de Chaudière-Appalaches entre 1991 et 2005..	74
12.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de Chaudière-Appalaches entre 1991 et 2005	75
12.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de Chaudière-Appalaches : ratios et équivalents temps plein (ETP)	77
12.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de Chaudière-Appalaches.....	78
13.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de Laval entre 1991 et 2005.....	79
13.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de Laval entre 1991 et 2005.....	80
13.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de Laval : ratios et équivalents temps plein (ETP)	82
13.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de Laval.....	83
14.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de Lanaudière entre 1991 et 2005.....	84
14.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de Lanaudière entre 1991 et 2005	85
14.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de Lanaudière : ratios et équivalents temps plein (ETP)	87
14.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de Lanaudière	88
15.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région des Laurentides entre 1991 et 2005	89
15.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région des Laurentides entre 1991 et 2005.....	90
15.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région des Laurentides : ratios et équivalents temps plein (ETP)	92
15.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région des Laurentides.....	93
16.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de la Montérégie entre 1991 et 2005	94
16.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de la Montérégie entre 1991 et 2005.....	95
16.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de la Montérégie : ratios et équivalents temps plein (ETP)	97
16.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de la Montérégie	98



Liste des sigles et acronymes

ADRLSSSS	Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
CH	Centre hospitalier
CHA	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC	Centre local de santé communautaire
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CRSSS	Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRMG	Département régional de médecine générale
ETP	Équivalent temps plein
FMC	Fondation des maladies du coeur
GMF	Groupe de médecine de famille
GTI	Groupe tactique d'intervention
IDM	Îles-de-la-Madeleine
MC	Maladie chronique
MCV	Maladie cardio-vasculaire
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
MTL	Montréal
PACS	Picture Archiving and Communication System
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PRIISME	Programmes régionaux intégrés d'information, de suivi médical et d'enseignement.
PROS	Plan régional d'organisation de services
PRSA	Programmation régionale des services ambulatoires
PSBE	Politique de la santé et du bien-être
RQCT	Réseau québécois de cardiologie tertiaire
RTSS	Réseau de télécommunications sociosanitaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
RSS	Région sociosanitaire
UMF	Unité de médecine familiale



Préface

Les maladies chroniques représentent un fardeau important pour la société québécoise et font l'objet d'une orientation particulière dans les politiques de santé publique. Certaines maladies chroniques, comme l'insuffisance cardiaque ou le diabète, nécessitent de mettre en place une continuité des services dans une perspective globale, de la première à la troisième ligne, et ce, au niveau local, régional et national.¹ L'état de santé des populations vulnérables est au centre des préoccupations en matière de politique sanitaire, et les habitants des régions rurales figurent au rang des populations défavorisées en matière de santé.^{2,3}

En avril 2005, le groupe de recherche PRIMUS lançait le programme de recherche *Ruralité et maladies chroniques adultes : un programme de recherche en géomatique de la santé*. Financé par le *Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)*, le but principal du programme de recherche est d'observer les liens existants entre les maladies chroniques et l'environnement géographique, sociodémographique ou socio-économique, en termes d'accessibilité aux soins de santé entre 1991 et 2005. Pour trois maladies chroniques sélectionnées, soient l'athérosclérose, le diabète et l'ostéoporose, ce programme vise à expliquer les écarts observés dans les processus de soins et les issues cliniques entre les régions rurales, semi-rurales et urbaines au Québec. En plus des facteurs de risque directement liés à la santé, des facteurs socio-économiques ou sociodémographiques, la disponibilité et l'accessibilité aux services de santé constituent des variables importantes à considérer lorsque des inégalités de santé sont observées.⁴

Une des premières étapes du programme de recherche consistait donc à décrire l'évolution du système de santé au Québec entre 1991 et 2005, en ce qui concerne la disponibilité et l'accessibilité aux soins de santé en général, et plus particulièrement des soins en lien avec les trois maladies chroniques à l'étude. Suite à la présentation des résultats préliminaires de cette première étape aux *Journées annuelles de santé publique 2006*, un intérêt pour une publication s'est manifesté. Financée par le *Réseau de recherche en santé des populations du Québec du FRSQ*, cette publication vise à fournir les bases d'informations contextuelles sur les politiques et l'organisation des services de santé au Québec entre 1991 et 2005. Cet ouvrage s'adresse principalement aux décideurs et aux intervenants en santé publique, ainsi qu'aux chercheurs en santé publique et en santé des populations.

¹ Clair, M. 2000, *Les solutions émergentes, Rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, 454p.

² *Programme national de santé publique 2003-2012*, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, 2003.

³ Ricketts TC. *Rural Health in the United States*, Oxford University Press, New York, 1999.

⁴ Wilson, K. and Rosenberg, M. W., Accessibility and the Canadian Health Care System : Squaring perceptions and realities, *Health Policy*, 2004; 67 (2): 137-48



Notes méthodologiques

Cette publication vise à décrire l'évolution du système de santé au Québec entre 1991 et 2005, concernant la disponibilité et l'accessibilité aux soins de santé en général et plus spécifiquement ceux qui ont un lien avec certaines maladies chroniques dont l'athérosclérose, le diabète et l'ostéoporose. Cet ouvrage veut présenter une vision historique provinciale et régionale d'un ensemble d'informations jugé pertinent par et pour des décideurs du système de santé.

Pour ce faire, nous avons privilégié une démarche historique en trois étapes : 1) La collecte d'information sur le système de santé québécois à l'aide d'entrevues individuelles auprès de gestionnaires de la santé ayant œuvré au Québec durant la période à l'étude⁵ ; 2) La validation des informations issues de ces entrevues auprès des interviewés, de même que par triangulation avec des documents publiés relatifs à la même période⁶ ; 3) La construction d'un corpus de connaissances structurées permettant un regard historique sur l'évolution du système de santé au Québec entre 1991 et 2005.

L'approche analytique s'inspire du modèle conceptuel proposé par Donabedian (2003)⁷, et portera plus spécifiquement sur l'étude de l'organisation du système de santé selon les ressources matérielles et humaines, de même que selon les caractéristiques organisationnelles. Nous sommes conscients que cette démarche produira une vision de la réalité telle que perçue par les gestionnaires de la santé sans tenir compte d'autres perspectives comme celles des patients ou des travailleurs de la santé. Les informations ont été regroupées selon les concepts de disponibilité et d'accessibilité dans un premier temps, selon les concepts de soins de santé en général et de soins de santé spécifiques aux trois maladies chroniques à l'étude dans un deuxième temps, et finalement selon les concepts de ressources humaines, ressources matérielles et caractéristiques organisationnelles dans un troisième temps. Cette analyse a été faite aux échelles provinciale et régionale.

Enfin, il est important de souligner que cet ouvrage rassemble et structure des faits rapportés par des témoins, acteurs et décideurs du système de santé québécois (via les publications, les documents officiels et les entrevues). Ainsi, plusieurs de ces informations peuvent se limiter à des intentions, des plans ou des constats, sans plus de précisions ou de suivi.

Voir l'annexe pour en savoir plus sur la méthodologie.

⁵ Au total, 29 participants ont contribué à cette étude, dont sept provenaient du ministère de la santé (2 anciens ministres, 4 anciens sous-ministres, 1 directeur), vingt provenaient d'agences régionales de la santé et des services sociaux (5 directeurs généraux, 1 directeur général adjoint, 13 directeurs, 1 conseiller), et deux provenaient d'organismes non gouvernementaux (1 ancien président-directeur-général du Collège des médecins, 1 chef de service du secteur pharmaceutique).

⁶ Publications et rapports du MSSS et de l'INSPQ, rapports annuels des RRSSS et des ADRLSSS, documents grand public (articles de presse, revues et autres publications générales).

⁷ Donabedian Avedis, *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press, 2003.



Un survol historique de 1991 à 2005

Introduction

En 1985, le Gouvernement du Québec a créé une commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Présidée par le Dr. Jean Rochon, la commission avait pour but de rendre compte de l'état du système de santé québécois et d'émettre des recommandations pour un meilleur fonctionnement de celui-ci.⁸ Dans son rapport présenté en 1988, Jean Rochon recommandait notamment d'adapter le réseau aux besoins de la population plutôt qu'à ceux de ses employés, de favoriser l'accessibilité aux soins de santé physique sur tout le territoire québécois, de préciser et d'harmoniser les missions des établissements entre eux afin de prévenir la compétition et d'accorder un rôle prédominant en première ligne aux CLSC, entre autres dans la promotion et la prévention.⁹ Le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec a pris en compte ces recommandations et a mis en branle une réforme majeure du système de santé.

Dans ce contexte, la recherche s'est penchée sur cette période avec l'objectif de décrire l'évolution historique observée entre 1991 et 2005 concernant la disponibilité et l'accessibilité aux soins de santé, en portant une attention particulière aux maladies chroniques, plus spécifiquement les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'ostéoporose.

À la lumière de cette étude, il ressort que la période de 1991 à 2005 a été marquée par de nombreux changements structurels qui pourraient avoir grandement influencé la disponibilité et l'accessibilité aux soins de santé. Ces 15 années peuvent être subdivisées en trois périodes : la première période, de 1991 à 1995, est marquée par le début de la décentralisation du système de santé québécois et par une série de décisions gouvernementales qui influenceront de façon notable l'organisation du système de santé. On retrouve durant cette période le lancement de la Politique de la santé et du bien-être, du programme Défi Qualité-Performance ainsi que la mise en œuvre du virage ambulatoire au Québec. Ces actions ont en commun la volonté de décentralisation et un accroissement de la responsabilisation des régions face à la santé de leur

population, une organisation des services ajustée aux clientèles et une meilleure gestion financière du secteur de la santé avec une réduction notable des dépenses. C'est au cours de la période suivante, de 1995 à 1998, que les impacts des compressions budgétaires, du virage ambulatoire, des fusions d'établissements, et plus directement de la diminution de la main d'œuvre médicale, ont engendré une réduction de la disponibilité des services de santé pour l'ensemble du Québec. Ce n'est qu'à la période 1998-2005 que le système de santé connaîtra un nouveau souffle grâce aux réinvestissements et aux nouvelles structures organisationnelles, telles que les Groupes de médecine de famille (GMF) et les Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), visant essentiellement à améliorer l'accessibilité et l'équité interrégionale quant aux services de santé et aux services sociaux.

La période 1991-1995 : Les débuts du virage ambulatoire

Tout d'abord, un changement majeur est survenu dans l'administration de la santé au Québec. En effet, en 1992, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS), à travers la Réforme des services de santé et des services sociaux, a opté pour un nouveau partage des responsabilités entre les régions et le ministère. On assiste à la décentralisation vers les régions par la création de 18 régions sociosanitaires administrées par 16 régies régionales de la santé et des services sociaux (régions 1 à 16), communément appelées les RRSSS, et deux conseils régionaux de la santé et des services sociaux, soit les CRSSS (régions 17 et 18).¹⁰ Concrètement, la mission du Ministère a été redéfinie autour des fonctions centrales et stratégiques du système. Son rôle porte alors essentiellement sur la régulation du régime, sur son orientation générale en matière de politique de santé et de bien-être et sur l'évaluation des résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.¹¹

De leur côté, les RRSSS ont pour mission *d'agir à titre de maître-d'œuvre de la planification de l'organisation, de la coordination des programmes de services, ainsi que de l'allocation des ressources sur leur territoire.*¹²

⁸ 'Les étapes de la restructuration du réseau hospitalier de l'Université Laval', site internet <http://www.scom.ulaval.ca/Communiqués.de.presse/1994/03/011.html> visité le 2007/08/12.

⁹ Rochon, J., *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, 1988.

¹⁰ Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1995-1996*, Québec, Publications du Québec, 1996, p.11; Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1993-1994*, Québec, Publications du Québec, 1994, p.11.

¹¹ Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1995-1996*, p.11.

¹² *Ibid.*

Selon certains, cette régionalisation aurait apporté plus de cohérence et d'harmonisation dans la gestion de la santé, plus d'efficacité également, sans vraiment augmenter leur latitude, étant donné un certain contrôle exercé par le ministère.¹³ Pour les régions du Nord-du-Québec et de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, cette régionalisation aurait permis le développement de nouveaux programmes adaptés à leurs besoins, grâce aux budgets alloués par le Ministère.¹⁴ D'autre part, la régionalisation a suscité chez certaines régions le désir, et a même imposé la nécessité, de rapatrier la clientèle qui fréquentait des institutions à l'extérieur de la région. En effet, il était difficile pour ces régions de planifier l'offre de services et d'obtenir les budgets souhaités alors qu'une partie de leur population consommait des soins de santé dans une autre région. Par exemple, alors que près de 40% de la clientèle de l'Outaouais fréquentait des établissements de santé ontariens, la régie a mis sur pied un grand projet de rapatriement à l'intérieur de la mise en application de la régionalisation.¹⁵ D'ailleurs, il est intéressant de mentionner que ce projet de rapatriement a entraîné le développement de nouveaux services dans cette région, de façon à répondre aux besoins de cette clientèle rapatriée.¹⁶

Pour faciliter la gestion de leur territoire, certaines régies ont poussé le concept de décentralisation encore plus loin en divisant leur territoire selon les territoires de municipalités régionales de comté (MRC). Les régies pouvaient ainsi mieux répondre aux besoins des différentes populations, selon qu'il s'agissait d'un territoire rural, semi-rural ou urbain. C'est notamment le cas des régions du Saguenay-Lac-St-Jean, de l'Abitibi-Témiscamingue et des Laurentides.¹⁷

Les nouvelles régies régionales avaient entre autres le mandat d'élaborer des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) qui rassemblent *l'information concernant les besoins de chaque établissement en ce qui a trait aux effectifs médicaux, de manière à préciser, par territoire et sous-territoire, les effectifs médicaux existants et attendus.*¹⁸

Mis en place par souci d'équité interrégionale, les PREM visent à assurer à la population québécoise une plus grande équité d'accès aux services médicaux. Les objectifs ont cependant été rarement rencontrés au cours des années. En effet, que ce soit au Saguenay-Lac-St-Jean, à Québec, en Outaouais ou en Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine pour différentes périodes entre 1993 et 2000, les objectifs fixés par les régies régionales et approuvés par le Ministère n'ont pas été atteints.¹⁹ Quoi qu'il en soit, le fait que ces plans soient présentés au Ministère pour approbation faisait en sorte que ce dernier pouvait générer un portrait provincial de la demande en effectifs médicaux et ainsi mieux répartir les effectifs pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé dans les différentes régions.

L'année 1992 a également été marquée par la publication de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE), *un élément stratégique de la réorientation du système québécois de santé et de services sociaux*, avec lequel on a établi *un nouveau cadre de gestion axé sur des clientèles à atteindre et des problèmes à résoudre, plutôt que sur la production de services.*²⁰ Cette politique émise par le MSSS devait s'appliquer à toute la province. De fait, suite à la publication de la politique, chacune des régions a été appelée à produire son plan d'action régional de la PSBE en 1993 et 1994, en identifiant les problèmes prioritaires dans la région.

La Politique de la santé et du bien-être visait 19 problèmes, parmi lesquels on retrouvait des maladies chroniques, dont les maladies cardiovasculaires. Plus particulièrement, la politique prévoyait réduire de 30% la mortalité due aux maladies cardiovasculaires au cours des dix prochaines années, soit de 1992 à 2002.²¹ Pour ce faire, plusieurs régions ont mis en place des initiatives de promotion de la santé cardiovasculaire auprès de la clientèle, souvent à l'intérieur de leur plan d'action régional de la PSBE. Dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean par exemple, la régie régionale a implanté en 1995 le programme *Prendre soin de son cœur* dans tous les centres locaux de santé communautaire (CLSC).²² En Montérégie, la régie régionale a même fait appel à la collaboration de la

¹³ Julie Rouleau, *Entrevue no 22*, 14 novembre 2005.

¹⁴ Julie Rouleau, *Entrevue no 25*, 2 décembre 2005; Julie Rouleau, *Entrevue no 1*, 6 septembre 2005.

¹⁵ Julie Rouleau, *Entrevue no 19*, 31 octobre 2005; Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, *Rapport annuel d'activités 1993-1994*, Hull, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 1994, p.29.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean, *Rapport annuel d'activités 1995-1996*, Chicoutimi, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean, 1996, p.21; Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, *Rapport annuel d'activités 1994-1995*, Rouyn-Noranda, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 1995, p.38; Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, *Rapport annuel d'activités 1995-1996*, Saint-Jérôme, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 1996, p.9.

¹⁸ Fédération des médecins résidents du Québec, *Lexique terminologique*, site internet <http://www.fmrq.qc.ca/PDF/Lexiqueterminologique.pdf> visité le 2007 07 18.

¹⁹ Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean, *Rapport annuel d'activités 1995-1996*, p.30; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, *Rapport annuel d'activités 1992-1993*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 1993, p.15; Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, *Rapport annuel d'activités 2000-2001*, Hull, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 2001, p.42; Régie régionale de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, *Rapport annuel d'activités 2003-2004*, Gaspé, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, 2004, p.23.

²⁰ Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1992-1993*, Québec, Publications du Québec, 1993, p.12.

²¹ Ministère de la santé et des services sociaux, *Politique de la santé et du bien-être*, Québec, Publications du Québec, 1992, site internet <http://hcsp.ensp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-02/ad020608.pdf> visité le 2006 08 31.

²² Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean, *Rapport annuel d'activités 1994-1995*, Chicoutimi, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean, 1995, p.31.

Fondation des maladies du cœur pour l'implantation du programme 'Santé cardiovasculaire' en 1996.²³ En Estrie, la régie a misé sur la promotion auprès du corps médical avec la distribution d'une trousse *Cœur en santé* comme outil de gestion de risque et d'éducation des patients en 2001.²⁴

Étrangement, alors que la prévalence du diabète est de plus en plus inquiétante au Québec, la Politique de la santé et du bien-être ne ciblait pas le diabète à proprement parler. Il a fallu attendre le Programme national de santé publique en 2003.²⁵ Néanmoins, de nombreuses régions ont mis en place des programmes ou des initiatives pour assurer la prévention du diabète et une bonne prise en charge des patients diabétiques. En Outaouais, la régie régionale a établi une programmation régionale de services pour les personnes diabétiques dans tous les territoires de la région en 1994.²⁶ En Abitibi-Témiscamingue, la régie régionale a créé en 1996 des mini-centres du diabète dans tous les CLSC : on y pratiquait alors le dépistage de l'insuffisance rénale.²⁷ Dans la région du Nord-du-Québec, c'est à Lebel-sur-Quévillon que le conseil régional a créé son mini-centre du diabète en 1999.²⁸ Enfin, bien que la PSBE ciblait les rhumatismes et l'arthrite comme priorité d'action, on ne faisait pas mention de l'ostéoporose. Quelques régions seulement ont proposé des programmes de prévention et de promotion de l'ostéoporose. Les Laurentides, par exemple, ont fait la distribution d'un feuillet portant sur l'ostéoporose; des soirées thématiques ont également été organisées.²⁹ Il a fallu aussi attendre le Programme national de santé publique en 2003 pour que le Ministère considère l'ostéoporose comme un problème de santé d'intérêt.³⁰

Dès 1992, les régies régionales se sont lancées dans la mise sur pied de plans régionaux d'organisation des services (PROS). Ces plans

précisent la contribution attendue de chaque établissement et de chaque organisme communautaire de la région en vue d'atteindre les objectifs formulés par le ministre. [La régie] détermine également les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de sa région.³¹

Si plusieurs régies ont élaboré des plans pour des problèmes ayant un aspect social important tels que la toxicomanie, la santé mentale ou la déficience intellectuelle, peu d'entre elles ont mentionné avoir mis en place des PROS pour des problèmes de santé physique telles que les maladies cardiovasculaires ou le diabète.³² En fait, seules les régions du Saguenay-Lac-St-Jean et de l'Estrie parlent de plans d'organisation touchant des maladies chroniques tels que les maladies cardiovasculaires. Au Saguenay-Lac-St-Jean, la régie a adopté un plan régional d'organisation des services d'urgence (PROS d'urgence), en réorganisant les services aux clientèles à problème lourd de façon à désengorger les urgences. C'est ainsi que des mesures ont été prises pour faciliter la prise en charge des patients souffrant de maladies cardiovasculaires et pulmonaires, pour raccourcir leur temps de séjour en milieu hospitalier, pour intégrer et coordonner les services de façon à assurer l'autosuffisance régionale en soins de santé et l'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés.³³ En Estrie, la régie régionale a développé un PROS spécifique aux maladies cardiovasculaires.³⁴

En 1993, le MSSS a mis en place un programme qui visait à améliorer la gestion des finances publiques en santé. Ce programme s'intitulait le Défi Qualité-Performance. Dans le cadre de ce programme, le ministère a imposé aux régies régionales des réductions de dépenses tout en exigeant une même qualité de services à la population. Toutes les régions sociosanitaires du Québec ont été touchées par ce programme, mais apparemment sans conséquences importantes sur l'offre de services.³⁵

²³ Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, *Rapport annuel d'activités 1996-1997*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1997, p.26.

²⁴ Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Rapport annuel d'activités 2000-2001*, Sherbrooke, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 2001, p.27.

²⁵ Ministère de la santé et des services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Publications du Québec, 2003, site internet http://www.rssss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_ante_pub.pdf visité le 2006 09 03.

²⁶ Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, *Rapport annuel d'activités 1993-1994*, p.28.

²⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, *Rapport annuel d'activités 1996-1997*, Rouyn-Noranda, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 1997, p.20.

²⁸ Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, *Rapport annuel d'activités 1998-1999*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 1999, p. 11.

²⁹ Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, *Rapport annuel d'activités 1993-1994*, Saint-Jérôme, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 1994, p.61.

³⁰ Ministère de la santé et des services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*.

³¹ Fédération des médecins résidents du Québec, *Lexique terminologique*, site internet <http://www.fmrq.qc.ca/PDF/Lexiqueterminologique.pdf> visité le 2007 07 18.

³² Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, *Rapport annuel d'activités 1993-1994*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, p.19; Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Rapport annuel d'activités 1991-1992*, Sherbrooke, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, pp 7-8; Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, *Rapport annuel d'activités 1992-1993*, Baie-Comeau, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, pp. 24-27.

³³ Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean, *Rapport annuel d'activités 2000-2001*, Chicoutimi, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean, 2001, p.37.

³⁴ Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Rapport annuel d'activités 1993-1994*, Sherbrooke, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 1994, p.10.

³⁵ Julie Rouleau, *Entrevue no 22*, 14 novembre 2005; Julie Rouleau, *Entrevue no 9*, 26 septembre 2005; Julie Rouleau, *Entrevue no 7*, 23 septembre 2005.

La période 1995-1998 : Une transition difficile

L'année 1995 a été marquée par l'adoption du virage ambulatoire, inscrit dans la même ligne de pensée que celle de la Politique de la santé et du bien-être, en ce sens que le virage ambulatoire comptait sur le savoir et la conscientisation des populations face à leur santé. Pour ce faire, il a fallu miser sur la prévention et la promotion de la santé auprès des populations. En misant sur les soins de première ligne, le MSSS prévoyait une diminution du nombre de prestations de soins en milieu hospitalier avec le développement de la chirurgie d'un jour, des soins ambulatoires et des soins à domicile. Étant donné la diminution du nombre d'hospitalisations, certains établissements ont été fusionnés, car moins de centres de services spécialisés étaient nécessaires. Toutefois, ce virage a nécessité l'ouverture d'autres centres de services, ceux-ci offrant des soins de première ligne.³⁶ Le virage ambulatoire ne s'est pas fait sans heurt : des listes d'attente se sont allongées très rapidement. Des patients se sont retrouvés à la maison sans soutien familial. Pour palier à ce problème,

*une équipe de soutien à l'accès aux services chirurgicaux a amorcé ses travaux par une compilation des listes d'attente en chirurgie dans les centres hospitaliers du Québec et ce, pour toutes les spécialités chirurgicales qui y sont exercées.*³⁷

*Plus particulièrement, des efforts ont été entrepris afin de réduire les délais dans les spécialités où l'accessibilité est la plus problématique : la cardiologie tertiaire, l'orthopédie pour les prothèses de la hanche et du genou, l'ophtalmologie pour les cataractes, la neurochirurgie du dos et la radio-oncologie.*³⁸

Le Ministère est allé jusqu'à signer des contrats de services avec cinq hôpitaux américains en 1999 pour accélérer le traitement des patients sur des listes d'attente.³⁹ La fusion des établissements a aussi entraîné la fusion de certains départements et la surspécialisation de quelques-uns d'entre eux. Par exemple, dans la région de la Capitale nationale, la région régionale a procédé au regroupement de tous les services de cardiologie de la région à l'Hôpital Laval en 1998 et tous les services d'ophtalmologie de la région à l'Hôpital St-Sacrement en 2002.⁴⁰

En 1995, le gouvernement a imposé des compressions budgétaires importantes à tous les ministères québécois, incluant le Ministère de la santé et des services sociaux.⁴¹ Ces compressions se sont traduites par des compressions budgétaires régionales qui ont affecté directement la gestion de l'offre de services. La région de Chaudière-Appalaches a subi une réduction de son budget de l'ordre de 10%, alors que cette région débutait à peine la gestion de sa propre offre de services (avant 1992, les régions sociosanitaires de Québec et de Chaudière-Appalaches ne faisaient qu'une).⁴² Pour la région de Montréal, les compressions budgétaires représentaient des coupures importantes.⁴³ À noter que ces compressions ont été moins significatives pour les régions en instance de rapatriement de clientèle. En effet, ces régions recevaient des sommes supplémentaires pour développer de nouveaux services afin de retenir leur clientèle sur leur territoire. C'est ainsi qu'en Outaouais, les compressions budgétaires ont été moins ressenties qu'ailleurs.⁴⁴ Dans la région du Nord-du-Québec, les compressions furent négligeables étant donné les économies engendrées par la fusion des cinq établissements de la région.⁴⁵

Toujours dans le cadre des compressions budgétaires, le gouvernement désirait réduire la masse salariale des employés du secteur de la santé. Après avoir envisagé la possibilité d'imposer la semaine de quatre jours, le gouvernement a opté pour un programme de départs volontaires, permettant ainsi aux employés plus anciens (et donc mieux payés) de quitter le marché du travail. C'est ainsi qu'en 1996, le Ministère de la santé et des services sociaux s'est vu imposer ce programme.⁴⁶ Mais ce qui devait permettre d'économiser de l'argent s'est avéré un problème de taille : étant donné les conditions de travail difficiles dans lesquelles évoluait le personnel médical depuis quelques années - réductions budgétaires, compressions, fusions d'établissements - les médecins et les infirmières ont été plus nombreux que prévu à prendre leur retraite. Au Québec, on visait un objectif de 15 000 départs volontaires, mais ce sont en réalité 17 635 personnes qui se sont prévaluées de leur droit à la retraite.⁴⁷ De plus, étant donné qu'il n'était pas possible pour le MSSS de cibler des secteurs d'activités plutôt que d'autres, il en est résulté des départs dans des secteurs où le manque de personnel médical était déjà criant.⁴⁸ C'est ainsi qu'une

³⁶ Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1996-1997*, Québec, Publications du Québec, 1997, p.16.

³⁷ Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1995-1996*, p.40.

³⁸ Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1997-1998*, Québec, Publications du Québec, 1998, p.25.

³⁹ Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1999-2000*, Québec, Publications du Québec, 2000, p.73.

⁴⁰ Julie Rouleau, *Entrevue no 20*, 4 novembre 2005; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, *Rapport annuel d'activités 1998-1999*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 1999, p.18; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, *Rapport annuel d'activités 2002-2003*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2003, p.53.

⁴¹ Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1994-1995*, Québec, Publications du Québec, 1995, p.20.

⁴² Julie Rouleau, *Entrevue no 9*, 26 septembre 2005.

⁴³ Julie Rouleau, *Entrevue no 28*, 9 janvier 2006.

⁴⁴ Julie Rouleau, *Entrevue no 19*, 31 octobre 2005; Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, *Rapport annuel d'activités 1995-1996*, Hull, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 1996, p.39.

⁴⁵ Julie Rouleau, *Entrevue no 25*, 2 décembre 2005.

⁴⁶ Julie Rouleau, *Entrevue no 29*, 20 décembre 2005; Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1996-1997*, p.48; Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1997-1998*, p.56.

⁴⁷ Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1997-1998*, p.52.

⁴⁸ Julie Rouleau, *Entrevue no 29*, 20 décembre 2005.

*opération d'envergure a été menée pour attirer dans les établissements un certain nombre d'infirmières qui n'avaient pas exercé la profession depuis quelques années...*⁴⁹

En Estrie, à Montréal, en Outaouais et sur la Côte-Nord notamment, les départs volontaires ont marqué véritablement le début de la pénurie de médecins.⁵⁰ Dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean, ce programme s'est traduit par un « impact désastreux » sur les effectifs médicaux.⁵¹

Il faut dire que cette pénurie n'aurait peut-être pas été aussi sévère si, d'une part, le Ministère n'avait pas opté depuis 1991 pour une diminution du nombre d'admissions dans les programmes universitaires de formation en médecine.⁵² En effet, en s'appuyant sur des prévisions de surplus de médecins, le nombre de places disponibles a été réduit de près d'une centaine de places, ce qui a eu pour conséquence une diminution du nombre de diplômés à entrer dans le réseau de la santé dans les années subséquentes.⁵³ D'autre part, le Ministère n'avait pas pris en considération certains changements dans la pratique de la profession. En effet, le Québec compte de plus en plus de femmes médecins. Or, ces femmes sont également mères, réduisant ainsi le temps disponible pour les activités professionnelles.⁵⁴ De plus, de façon générale, les hommes exerçant la profession de médecin consacrent moins de temps à la profession que les médecins des générations précédentes.⁵⁵ Tous ces changements dans la profession, couplés à la diminution du nombre d'étudiants admis en médecine ont fait en sorte que le programme de départs volontaires a touché durement le secteur de la santé. Et quand les départs volontaires n'ont pas causé de pénurie, ils ont entraîné une perte de personnel expérimenté, comme ce fut le cas en Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.⁵⁶ Dans la Capitale nationale, cette perte de personnel expérimenté serait allée jusqu'à mettre en péril la qualité des soins.⁵⁷ Il va sans dire qu'au cours de

cette période, peu de régions ont atteint les objectifs de leurs PREM.⁵⁸

Malgré les compressions budgétaires, le Ministère a élaboré et mis en place en 1997 un régime public d'assurance médicaments, dans le but de fournir une couverture aux gens qui n'avaient pas accès à un régime privé d'assurance collective. La Régie de l'assurance maladie du Québec en est le gestionnaire.⁵⁹ Ce régime est le résultat de plusieurs années d'étude sur l'accessibilité aux médicaments dans la population québécoise. Dès 1993, le ministère discutait déjà de la possibilité d'un tel régime

*Des travaux relatifs à la révision d'un programme d'aide pour le paiement des médicaments se sont poursuivis. À la suite du rapport du comité Demers intitulé « De l'assistance à l'assurance », un comité intraministériel a été formé pour faire des recommandations sur la faisabilité d'instaurer au Québec un régime public ou privé d'assurance-médicaments.*⁶⁰

En 1998, plus de 1 500 000 personnes bénéficiaient du régime public d'assurance médicaments, soit environ 21% de la population québécoise. En 2006, c'était presque 1 700 000 personnes, soit près de 22,5% de la population.⁶¹

La période 1998-2005 : Réinvestissements et structuration du système

Les compressions budgétaires importantes décrites à la section précédente ont duré trois ans. Lorsque le gouvernement a atteint son objectif d'avoir un budget équilibré en 1998, il a été en mesure de réinvestir des sommes dans différents secteurs dont celui de la santé.⁶² C'est ainsi que toutes les régies régionales du Québec se sont vues octroyer de nouvelles sommes, mais avec l'obligation pour les établissements de présenter un budget équilibré en fin d'année.⁶³ Ces réinvestissements, bienvenus par les régies régionales et les établissements, se sont traduits entre autres par le

⁴⁹ Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1998-1999*, Québec, Publications du Québec, 1999, p.20

⁵⁰ Julie Rouleau, *Entrevue no 27*, 21 décembre 2005; Julie Rouleau, *Entrevue no 28*, 9 janvier 2006; Julie Rouleau, *Entrevue no 19*, 31 octobre 2005; Julie Rouleau, *Entrevue no 23*, 15 novembre 2005.

⁵¹ Julie Rouleau, *Entrevue no 22*, 14 novembre 2005.

⁵² Julie Rouleau, *Entrevue no 11*, 28 septembre 2005; Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1994-1995*, p.39; Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1995-1996*, p.44; Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1996-1997*, p.50.

⁵³ Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1995-1996*, Québec, p.44.

⁵⁴ Julie Rouleau, *Entrevue no 16*, 18 octobre 2005; Julie Rouleau, *Entrevue no 27*, 21 décembre 2005; Julie Rouleau, *Entrevue no 11*, 28 septembre 2005; Collège des médecins du Québec, [Les effectifs médicaux au Québec : Mieux comprendre le passé pour envisager l'avenir](#), Montréal, Collège des médecins du Québec, 1997, p.17; Collège des médecins du Québec, [Statistiques descriptives des effectifs médicaux au Québec, de 1980 à 1994](#), Montréal, Collège des médecins, 1997, tableau 17.

⁵⁵ Collège des médecins du Québec, [Statistiques descriptives des effectifs médicaux au Québec, de 1980 à 1994](#), tableau 17.

⁵⁶ Julie Rouleau, *Entrevue no 1*, 6 septembre 2005.

⁵⁷ Julie Rouleau, *Entrevue no 20*, 4 novembre 2005.

⁵⁸ Voir notes 9 et 10;

⁵⁹ Régie de l'assurance maladie du Québec, 'Le régime public', site internet <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemedicaments/regimepublic/regimepublic.shtml> visité le 2007 07 27; Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1996-1997*, p.24.

⁶⁰ Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1993-1994*, p.27.

⁶¹ Régie de l'assurance-maladie du Québec, 'Nombre d'adhérents selon le sexe, le groupe d'âge et la région sociosanitaire de la personne assurée, Régime public d'assurance médicament, Québec 1998' site internet www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemedicaments/index.shtml; Régie de l'assurance-maladie du Québec, 'Nombre d'adhérents selon le sexe, le groupe d'âge et la région sociosanitaire de la personne assurée, Régime public d'assurance médicament, Québec, 2006', site internet www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemedicaments/index.shtml

⁶² Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1999-2000*, p.21.

⁶³ Il s'agit de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux. Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 2000-2001*, Québec, Publications du Québec, 2001, pp.17, 33.

renouvellement et/ou l'acquisition d'équipements spécialisés par les centres hospitaliers des différentes régions du Québec. Ainsi, l'année 2001 a été une année exceptionnelle en termes d'achat d'équipements dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean.⁶⁴ Les années 1998 et 1999 ont vu l'acquisition d'équipement de haute technologie en cardiologie au Centre hospitalier d'Arthabaska. La régie de Mauricie-Centre-du-Québec a aussi investi dans l'achat d'un ostéodensitomètre, d'un scanner, d'un appareil de résonance magnétique, d'un accélérateur, d'un système PACS et d'un appareil d'échocardiographie.⁶⁵ Pour la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, l'année 1999 a été marquée par l'arrivée de nouvelles technologies comme un tomodynamomètre et des équipements neufs en ORL, en ophtalmologie et en médecine nucléaire.⁶⁶ Enfin, l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme présentait un plan d'achat d'un ostéodensitomètre en 1998 pour desservir la clientèle des Laurentides.⁶⁷

D'autre part, ces réinvestissements ont aussi permis aux régies régionales de travailler à réduire les listes d'attente dans plusieurs spécialités. Par exemple, à partir de 1998, la régie régionale de Montréal a réinvesti des sommes pour améliorer l'accès aux chirurgies cardiaques et à l'hémodynamie.⁶⁸ En 1999, c'est la régie régionale de la Montérégie qui a investi des sommes dans les spécialités de l'ophtalmologie et l'orthopédie.⁶⁹ Au même moment, la Croix-Rouge décidait de se retirer du programme d'approvisionnement en sang au Canada, suite au scandale du sang contaminé. Pour palier à l'absence de fournisseur, le MSSS a mis sur pied Héma-Québec, un organisme à but non lucratif dont la mission est de *fournir avec efficacité des composants et substituts sanguins [...] pour répondre aux besoins de la population québécoise.*

⁶⁴ Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean, *Rapport annuel d'activités 2000-2001*, Chicoutimi, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean, 2001, p.99.

⁶⁵ Julie Rouleau, *Entrevue no 26*, 19 décembre 2005.

⁶⁶ Julie Rouleau, *Entrevue no 1*, 6 septembre 2005 ; Julie Rouleau, *Entrevue no 2*, 7 septembre 2005 ; Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, *Rapport annuel d'activités 1999-2000*, Gaspé, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, 2000, pp.37, 76.

⁶⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, *Rapport annuel d'activités 1998-1999*, Saint-Jérôme, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 1999, p.58.

⁶⁸ Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 2000-2001*, p.18; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, *Rapport annuel d'activités 1997-1998*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, 1998, p.18; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, *Rapport annuel d'activités 1998-1999*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, 1999, p.20-21; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, *Rapport annuel d'activités 1999-2000*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, 2000, p.3; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, *Rapport annuel 2000-2001*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, 2001, p.95.

⁶⁹ Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, *Rapport annuel d'activités 1998-1999*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1999, p.32.

Depuis sa création en 1998, environ 430 000 unités de produits sanguins ont été délivrés aux hôpitaux québécois.⁷⁰

En 2000, quelque 15 ans après la Commission Rochon, le gouvernement du Québec a créé la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux dont le mandat consistait à *tenir un débat public sur les enjeux auxquels fait face le système public de santé et de services sociaux ainsi que sur les avenues de solutions.*⁷¹

Publié en 2001, le rapport recommandait entre autres que la prévention constitue l'élément central d'une politique québécoise de la santé et du bien-être, que le réseau de première ligne soit l'assise principale du système de santé québécois, que le volet médical du réseau de première ligne soit assuré par des Groupes de médecine de famille (GMF), que des réseaux de services intégrés soient créés et que les services médicaux de 2^{ème} et 3^{ème} ligne soient consolidés.⁷² Plusieurs des recommandations allaient dans le sens de ce qu'avait déjà recommandé la Commission Rochon et de ce qu'avait entrepris le ministère avec sa réforme du système de santé et des services sociaux à partir de 1992.

À la suite des recommandations de la Commission, le Ministère de la santé et des services sociaux a mis de l'avant le projet de mise sur pied des Groupes de médecine de famille, communément appelés GMF, afin de favoriser pour tous l'accès à un médecin de famille et d'améliorer la qualité des soins médicaux généraux, en plus de valoriser le rôle du médecin de famille. Ces GMF sont en fait un regroupement de médecins de famille et d'infirmières engagés à prendre en charge des patients et à leur offrir l'accès à des soins médicaux non seulement le jour, mais le soir et les fins de semaine. L'objectif du MSSS était d'établir jusqu'à 300 GMF au Québec et ainsi couvrir 70% de la population.⁷³ Pour ce faire, dans chacune des régions sociosanitaires, les régies régionales ont encouragé la mise sur pied de GMF. Le Bas-St-Laurent, le Saguenay-Lac-St-Jean, la Capitale nationale et la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine ont vu entre autres leurs premiers GMF accrédités en 2002.⁷⁴ Toutefois, en

⁷⁰ Héma-Québec, 'Mission', site internet <http://www.hema-quebec.qc.ca/francais/hemaquebec/mission.htm> visité le 2007 07 26.

⁷¹ Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Consultation publique sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux : guide d'animation*, Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p.3.

⁷² Clair, M., *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2001, p.33-79

⁷³ Ministère de la santé et des services sociaux, 'Description d'un groupe de médecine de famille', site internet <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/sujets/gmf.nsf/ff52dbec0b2e2med788852566de004c8584/c1f93215d0266a5285256c220053a0a8?OpenDocument> visité le 2006 09 08.

⁷⁴ Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent, *Rapport annuel d'activités 2002-2003*, Rimouski, Régie

août 2006, seulement 113 GMF étaient accrédités auprès du MSSS et l'objectif était encore loin d'être atteint.⁷⁵ En 2003, le Ministère a développé une solution intéressante pour palier à un problème qui le préoccupait depuis plusieurs années : celui de l'équité interrégionale en termes d'accessibilité aux soins de santé spécialisés et surspécialisés. En effet, dans son mandat, le Ministère inclut celui

*d'adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de la population en tenant compte des particularités régionales et de répartir les ressources humaines et financières de la façon la plus juste et la plus rationnelle possible.*⁷⁶

Déjà en 1997, le ministère précisait sa démarche en ce sens :

*La démarche d'équité interrégionale vise la réduction des écarts en ce qui a trait à l'accès aux services pour la population de chacune des régions. L'objectif est d'assurer à toutes et à tous une accessibilité optimale à l'ensemble des services nécessaires dans un contexte de décentralisation où chaque région régionale a la responsabilité d'assurer à la population de son territoire cette accessibilité, et ce même, à même son enveloppe budgétaire.*⁷⁷

C'est avec ce souci d'équité que le ministère en est venu à créer, en 2003, les réseaux universitaires intégrés de services, communément appelés les RUIS. Formés à partir des quatre facultés de médecine du Québec, chaque RUIS constitue une table de concertation où un groupe d'acteurs est réuni pour

*coopérer volontairement ensemble, à partir d'objectifs partagés en commun, pour profiter des avantages de la complémentarité et de l'interdépendance des partenaires en matière de compétences distinctives, des ressources humaines, financières, technologiques et informationnelles.*⁷⁸

régionale de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent, 2003, p.5; Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean, *Rapport annuel d'activités 2002-2003*, Chicoutimi, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean, 2003, p.3; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, *Rapport annuel d'activités 2002-2003*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2003, p.59; Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, *Rapport annuel d'activités 2002-2003*, Gaspé, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, 2003, p.39.

⁷⁵ Ministère de la santé et des services sociaux, 'Échéancier d'implantation des groupes de médecine de famille', site internet <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/sujets/gmf.nsf/862cf008b87019ad85256de4006434fe/8b101a2c8bb35b6885256c2200544756?OpenDocument> visité le 2006 09 08.

⁷⁶ Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1990-1991*, Québec, Publications du Québec, 1991, p.11.

⁷⁷ Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapport annuel 1997-1998*, p.31.

⁷⁸ Dr. Sylvie Bernier, 'Projet de loi 83 – Son impact dans l'organisation des soins', 6^e symposium Télésanté, 13 octobre 2005, site internet www.rqte.qc.ca/fr/fichier/..%5Cfichiers%5CSymposium%5CPr%C3%A9sentations%20jeudi%2013%20octobre%202005%20AM%5CProjet%20de%20loi%2083%20Sylvie%20Bernier.ppt#276.1 visité le 2006 09 08.

Ainsi, les patients provenant des régions éloignées n'offrant pas de soins de santé surspécialisés ont également accès aux soins surspécialisés que ceux qui habitent dans des grands centres. Selon certains, le RUIS de l'Université Laval est une réussite, en ce sens que le réseau est parvenu à créer un véritable esprit de collaboration entre les régions impliquées (Capitale nationale, Chaudière-Appalaches, Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, Côte-Nord, Bas-St-Laurent et Saguenay-Lac-St-Jean).⁷⁹ Pour la région de l'Estrie, le RUIS représente un atout puisqu'il exige du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke d'avoir des équipements à la fine pointe de la technologie.⁸⁰ Qu'il s'agisse d'avantages matériels, financiers ou humains, les RUIS sont considérés par les régions comme un pas en avant dans la prestation des soins spécialisés et surspécialisés.

Enfin, dans la poursuite du mouvement de décentralisation débuté en 1992, l'année 2004 a vu la transformation des régies régionales en agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS). À la différence des régies régionales qui avaient pour mandat de planifier l'organisation, la coordination des programmes de services, ainsi que l'allocation des ressources sur leur territoire,⁸¹ les agences ont pour mandat de développer des réseaux locaux de services. Ce sont ces réseaux qui sont responsables d'assurer à leur population locale l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à leurs besoins. Chaque réseau local est constitué d'établissements de santé (CLSC, centres hospitaliers et CHSLD) réunis sous la direction des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Plusieurs régions ont misé sur le contrôle et/ou la gestion des maladies chroniques par l'élaboration de projets cliniques propres aux besoins des populations du territoire. Par exemple, au Bas-St-Laurent, des programmes de suivi systématique ont été développés pour des maladies pulmonaires obstructives chroniques, des maladies cardiovasculaires, l'asthme et le cancer.⁸² En Outaouais, ce fut un programme de suivi pour patients diabétiques.⁸³ Enfin, en Montérégie, plusieurs programmes ont été développés, dont un pour les maladies cardiovasculaires.⁸⁴

⁷⁹ Julie Rouleau, *Entrevue no 20*, 4 novembre 2005.

⁸⁰ Julie Rouleau, *Entrevue no 27*, 21 décembre 2005.

⁸¹ *Ibid.*

⁸² Julie Rouleau, *Entrevue no 21*, 10 novembre 2005.

⁸³ Julie Rouleau, *Entrevue no 19*, 31 octobre 2005.

⁸⁴ Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, *Rapport annuel de gestion 2003-2004*, Longueuil, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, 2004, p.136.

Conclusion

Pour faire suite à la commission Rochon, le MSSS a entrepris une réforme de la gestion du système de santé québécois avec notamment la décentralisation de l'administration de la santé, la Politique de la santé et du bien-être, la gestion budgétaire en fonction de la performance, les plans régionaux d'organisation des services, les plans régionaux d'effectifs médicaux et le virage ambulatoire. Toutefois, ces efforts de réforme ont été grandement éprouvés dans un contexte gouvernemental difficile. En effet, étant en situation financière déficitaire, le gouvernement québécois a pris la ferme décision de présenter un budget équilibré et de le respecter; c'est ce qu'on a appelé l'objectif du Déficit zéro. Ces décisions ont forcé les gestionnaires du système de santé à composer avec des compressions budgétaires importantes. Ces compressions ont fait en sorte que la réforme en cours a été largement affectée. Le virage ambulatoire s'est mal amorcé en partie à cause du manque d'effectifs médicaux pour prodiguer des soins à domicile, et la Politique de la santé et du bien-être a plus ou moins été appliquée à cause du manque de sommes disponibles pour la prévention et la promotion.

Étant donné la difficulté d'attirer des médecins dans leur région, les régions éloignées (Nord-du-Québec, Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine) ont été plus touchées que les autres par la pénurie de médecins, avec pour conséquence des ruptures de service ou des recours aux médecins itinérants. De plus, étant donné le petit nombre d'effectifs médicaux et infirmiers, les mises à la retraite ont entraîné une perte d'expertise très importante dans ces milieux éloignés. Quoiqu'il en soit, les années suivantes, le gouvernement a pris des mesures pour faire de cette réforme une réussite. Ainsi, des sommes ont été réinvesties dans les années suivant l'objectif du Déficit zéro. Par ailleurs, pour pallier au déséquilibre entre les régions en ce qui a trait à l'accessibilité aux soins spécialisés et surspécialisés, le Ministère a créé les réseaux universitaires intégrés de services, qui permettent aux patients à l'intérieur d'un réseau d'avoir accès aux soins spécialisés. Le MSSS a également encouragé le développement de groupes de médecine de famille et mis en place un régime public d'assurance médicament.

D'un point de vue comparatif, il existait au départ des inégalités dans la disponibilité et l'accessibilité aux services de santé entre les régions sociosanitaires, principalement au niveau des ressources humaines, et entre les régions urbaines et rurales.^{85,86} Au cours de la période 1995-1998, ces inégalités se sont aggravées avec la pénurie de médecins et les mises à la retraite. Cependant, le ministère a travaillé à réduire ces inégalités avec les plans régionaux d'effectifs médicaux et la création des réseaux universitaires intégrés de services.

Cela dit, le système de santé québécois est en constante évolution. La possibilité d'une plus grande ouverture au secteur privé dans la prestation des soins, la révision des procédures envisagée par le gouvernement quant au droit de pratique des médecins formés à l'étranger et la construction de *mégahôpitaux*, auront certainement un impact sur la disponibilité et l'accessibilité aux soins de santé. De la même façon que pour les réformes précédentes, il faudra attendre plusieurs années avant de pouvoir évaluer la nature de ces impacts sur le système de santé québécois.

⁸⁵ Morais, H. et coll., 2002, Rapport annuel de gestion 2001-2002, Conseil de la santé et du bien-être, Québec, 43p.

⁸⁶ Ministère de la santé et des services sociaux, Bulletin d'information sur les bassins de desserte pour les soins physiques de courte durée des centres hospitaliers du Québec, Québec, 2003, bulletin no.6, 20p.



Changements et continuités du système de santé au Québec de 1991 à 2005

Cette section présente, sous forme de diagrammes, de tableaux et de graphiques, les principaux changements apportés au système de santé du Québec pour l'ensemble de la province et pour chaque région sociosanitaire entre 1991 et 2005 (à l'exception du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James). Les événements (changements ou continuités) touchant les maladies chroniques, plus spécifiquement le diabète, les maladies cardiovasculaires et l'ostéoporose, font l'objet d'une attention particulière. Ces événements sont également regroupés en trois catégories selon qu'ils concernent:

1. les ressources matérielles;
2. les ressources humaines;
3. les caractéristiques organisationnelles.

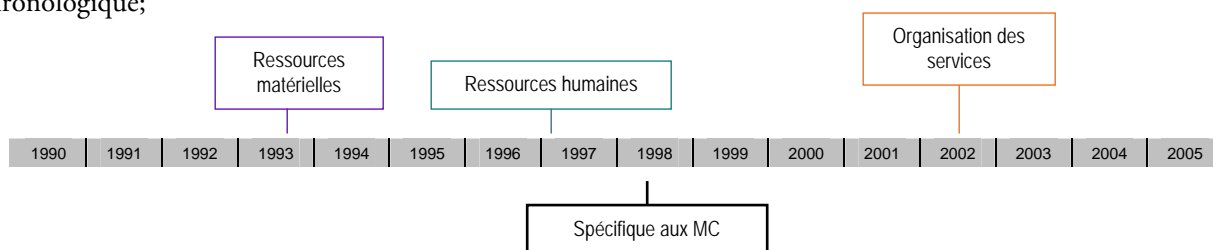
En complément aux événements rapportés pour ces 15 années, des informations sur les budgets en santé, les fusions d'établissements, les effectifs médicaux et les admissions en médecine ont été ajoutées. Comme cet ouvrage a été conçu selon une perspective régionale, les informations ont été transmises autant que possible telles que perçues par les régions. Selon les régions et les années, certaines données n'étaient pas disponibles dans les rapports annuels régionaux. Afin d'assurer une perspective régionale sur ces questions, les informations n'ont pas été recueillies à partir des sources officielles du MSSS et se sont restreintes aux informations disponibles dans les documents régionaux.

Dans cette section, les événements se rapportant au système de santé de chaque région sont présentés de différentes façons :

1. Par une énumération de faits saillants survenus au cours de la période;

----- Faits saillants au cours de la période ----->

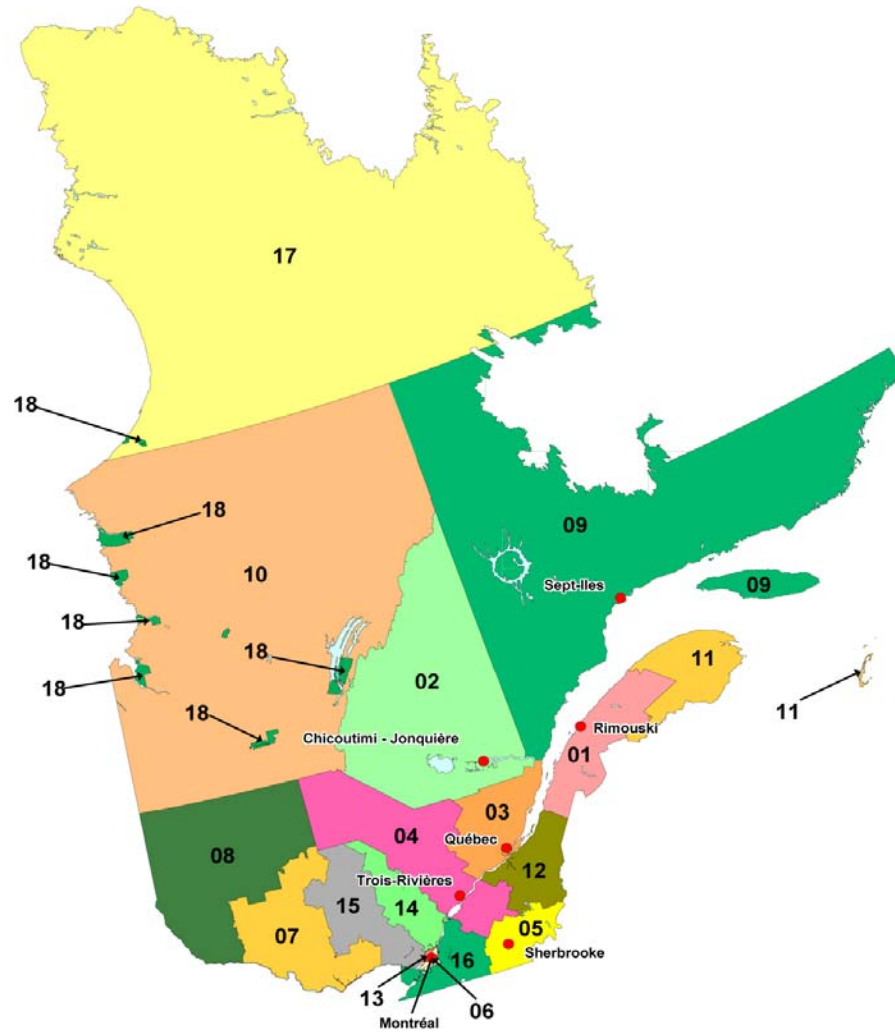
2. Par un diagramme chronologique des événements, regroupés par couleurs selon les trois catégories : ressources matérielles, ressources humaines et caractéristiques organisationnelles. Les événements se rapportant plus spécifiquement aux maladies chroniques sont également regroupés au bas de la barre chronologique;



3. Par un tableau regroupant les événements selon les mêmes catégories, généraux ou spécifiques aux maladies chroniques. Les mêmes événements sont présentés dans le diagramme chronologique et dans le tableau;
4. Par une série de tableaux et de graphiques montrant les variations des budgets, le nombre d'établissements de santé ainsi que les effectifs médicaux durant la période. Pour l'ensemble du Québec, des données montrent la variation des budgets, du nombre d'établissements de santé, du nombre d'admissions en médecine, de la population québécoise ainsi que des effectifs médicaux durant la période;⁸⁷
5. En terminant par un bref sommaire des grandes tendances observées pour la région.

⁸⁷ L'unité ETP, équivalent temps plein, a été calculée en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline. Les revenus à partir desquels sont calculés les ETP proviennent de la RAMQ, sans tenir compte des coupures imposées par les plafonds salariaux. Tous les revenus ont été ramenés à un même niveau selon la région de facturation ou selon que la facturation ait été faite en CH ou en cabinet privé (source : MSSS).

Régions sociosanitaires du Québec

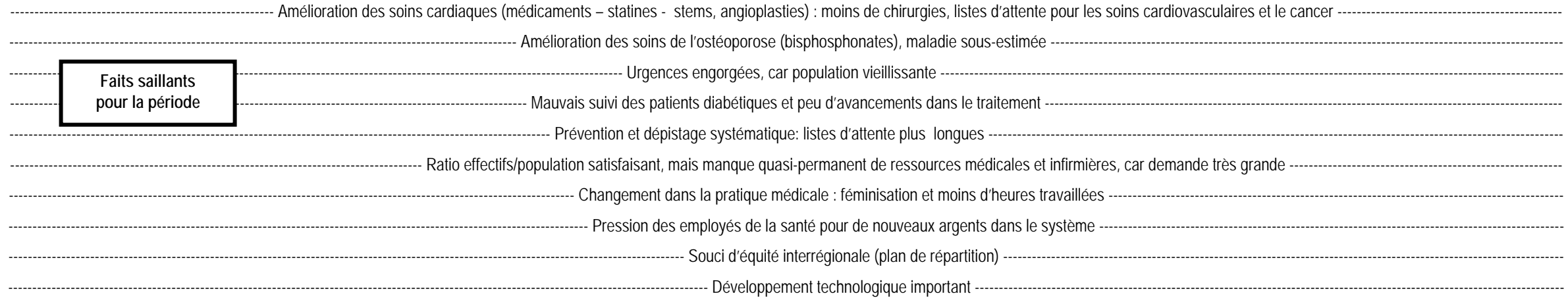


- Région 01 : Bas Saint-Laurent
- Région 02 : Saguenay Lac-Saint-Jean
- Région 03 : Capitale nationale
- Région 04 : Mauricie Centre-du-Québec
- Région 05 : Estrie
- Région 06 : Montréal
- Région 07 : Outaouais
- Région 08 : Abitibi-Témiscamingue
- Région 09 : Côte-Nord
- Région 10 : Nord-du-Québec
-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

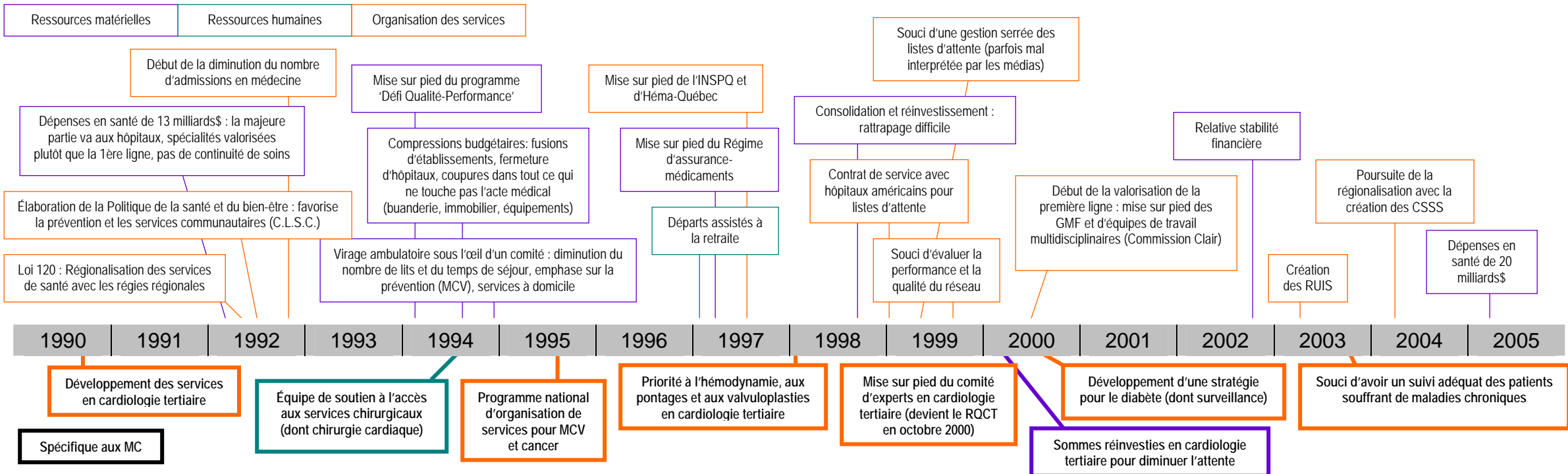
Source : Statistique Canada

Ensemble du Québec

I. Chronologie des changements et continuités du système de santé de l'ensemble du Québec entre 1991 et 2005



Faits saillants pour la période



II : Liste des changements et continuités du système de santé de l'ensemble du Québec entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pression des employés de la santé pour de nouveaux argents dans le système ▪ Développement technologique important ▪ Dépenses en santé de 13 milliards\$: la majeure partie va aux hôpitaux.(1992) ▪ Mise sur pied du programme <i>Défi Qualité-Performance</i> (1994) ▪ Compressions budgétaires : coupures dans tout ce qui ne touche pas l'acte médical (buanderie, immobilier, équipements) (1995) ▪ Consolidation et réinvestissements : rattrapage difficile (1999) ▪ Relative stabilité financière (2003) ▪ Dépenses en santé de 20 milliards \$ (2005) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration des soins cardiaques (médicaments – statines – stems, angioplastie) : moins de chirurgie ▪ Amélioration des soins de l'ostéoporose (bisphosphonates) : maladie sous-estimée ▪ Peu d'amélioration dans le traitement des diabétiques ▪ Sommes réinvesties en cardiologie tertiaire pour diminuer l'attente (2000)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ratio effectif/ population satisfaisant, mais manque quasi-permanent de ressources médicales et infirmières car demande très grande ▪ Pression des employés de la santé pour de nouveaux agents dans le système ▪ Début de la diminution du nombre d'admissions en médecine (1993) ▪ Départs assistés à la retraite (1996) ▪ Départs non-ciblés à la retraite de médecins et d'infirmières : perte d'expertise et pénurie (1997) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Changement dans la pratique médicale : féminisation et moins d'heures travaillées

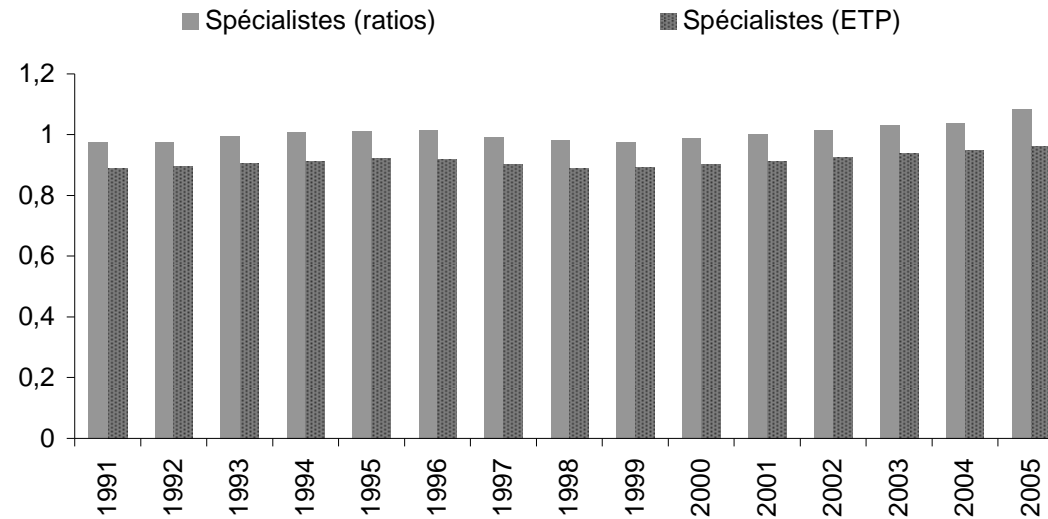
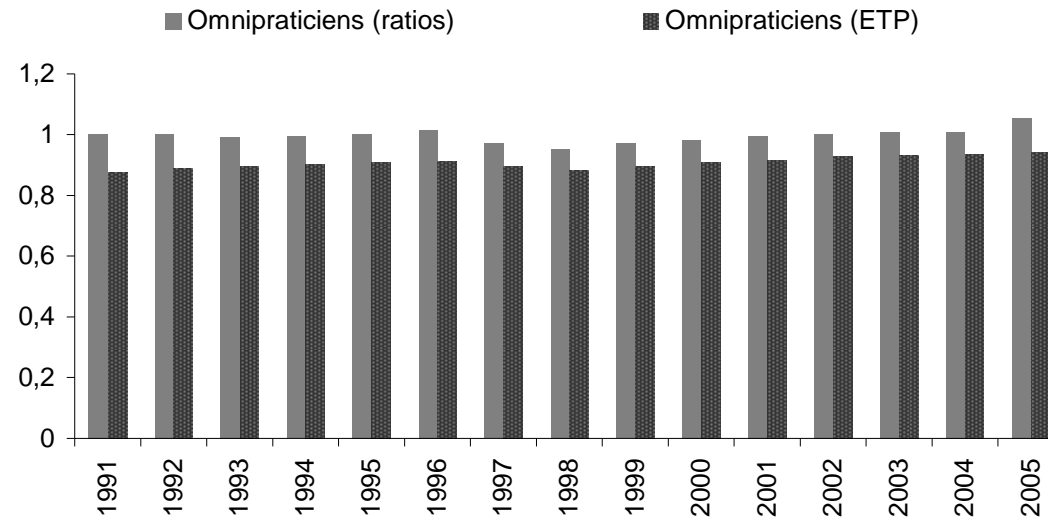
II suite : Changements et continuités du système de santé de l'ensemble du Québec entre 1991 et 2005 - suite

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
<p>Organisation des services</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ On valorise les spécialités plutôt que la 1^{ère} ligne, donc réseau morcelé, pas de continuité des soins (1992) ▪ Loi 120 : régionalisation des services de santé avec les régions régionales (personnel et budgets) (1992) ▪ Virage ambulatoire : emphase sur la prévention et les services à domicile (1996) ▪ Mise sur pied de l'INSPQ et d'Héma-Québec (1998) ▪ Début de la valorisation de la 1^{ère} ligne (2000) ▪ Souci d'évaluer la performance et la qualité du réseau (2000) ▪ Poursuite de la régionalisation avec la création des CSSS (2004) ▪ Urgences engorgées, car population vieillissante ▪ Prévention et dépistage systématique : listes d'attente plus longues ▪ Souci d'équité interrégionale ▪ Compressions budgétaires : fusion d'établissements, fermeture d'hôpitaux (1995) ▪ Équipe de soutien à l'accès aux services chirurgicaux (dont chirurgie cardiaque) (1995) ▪ Virage ambulatoire : diminution du nombre de lits et de la durée de séjour (1996) ▪ Mise sur pied de l'assurance-médicaments (1997) ▪ Priorité à l'hémodynamie, aux pontages et aux valvuloplasties en cardiologie tertiaire (1998) ▪ Contrat de service avec hôpitaux américains pour listes d'attente (1999) ▪ Souci d'une gestion serrée des listes d'attente (parfois mal interprétée par les médias) (1999) ▪ Mise sur pied des GMF et des équipes multidisciplinaires (2000) ▪ Création des RUIS (2003) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mauvais suivi des patients diabétiques ▪ Développement des services en cardiologie tertiaire (1990) ▪ Élaboration de la Politique de la santé et de bien-être : favorise la prévention et les services communautaires (1992) ▪ Prévention : maladies cardiovasculaires entre autres (1996) ▪ Programme national d'organisation de services pour maladies cardiovasculaires et cancer (1996) ▪ Mise sur pied du comité d'experts en cardiologie tertiaire (devient le RQCT en oct. 00) (1999) ▪ Développement d'une stratégie québécoise pour le diabète (dont surveillance) (2000) ▪ Souci d'avoir un suivi adéquat des patients souffrant de maladies chroniques (2004) ▪ Listes d'attente pour les soins cardiovasculaires et le cancer

III : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1 000 habitants pour l'ensemble du Québec de 1991 à 2005 : ratios et équivalents temps plein (ETP)*

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	1,00	0,88	0,97	0,89
1992	1,00	0,89	0,98	0,90
1993	0,99	0,90	1,00	0,91
1994	0,99	0,90	1,01	0,91
1995	1,00	0,91	1,01	0,92
1996	1,01	0,91	1,01	0,92
1997	0,97	0,90	0,99	0,90
1998	0,95	0,88	0,98	0,89
1999	0,97	0,90	0,98	0,89
2000	0,98	0,91	0,99	0,90
2001	1,00	0,92	1,00	0,91
2002	1,00	0,93	1,02	0,92
2003	1,01	0,93	1,03	0,94
2004	1,01	0,94	1,04	0,95
2005	1,06	0,94	1,08	0,96

Sources :
Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS



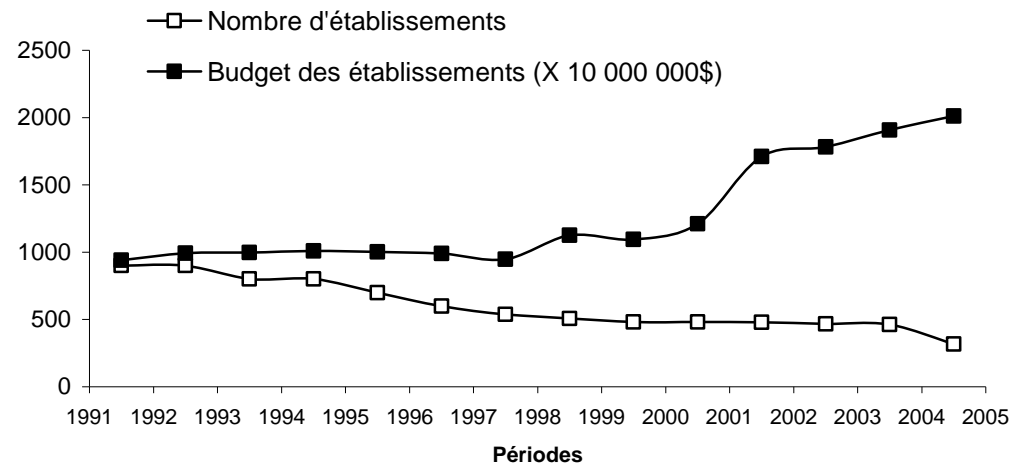
* Calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

IV : Nombre d'établissements, budgets en santé et nombre d'admissions en médecine au Québec de 1991 à 2005

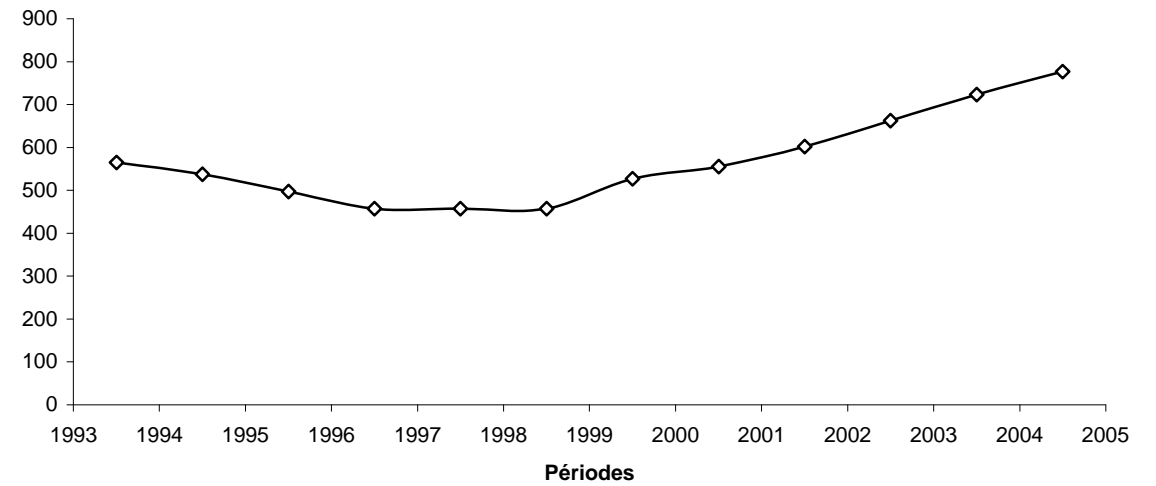
Années	Nombre d'établissements publics et privés	Budgets en santé	Admissions en médecine
1991-1992	+ de 900	9 408 377 000\$	n.d.
1992-1993	+ de 900	9 933 141 700\$	n.d.
1993-1994	+ de 800	9 978 351 000\$	565
1994-1995	+ de 800	10 091 947 400\$	537
1995-1996	+ de 700	10 022 118 100\$	497
1996-1997	+ de 600	9 901 882 400\$	457
1997-1998	539	9 469 535 400\$	457
1998-1999	507	11 261 500 020\$	457
1999-2000	482	10 949 804 200	527
2000-2001	482	12 102 978 800\$	555
2001-2002	478	17 109 955 700\$	602
2002-2003	468	17 827 696 200\$	662
2003-2004	463	19 083 970 900\$	723
2004-2005	317	20 111 693 700\$	777

n.d.: non disponible

IVa : Nombre d'établissements et budgets en santé au Québec de 1991 à 2005



IVb : Nombre d'admissions en médecine au Québec de 1993 à 2005



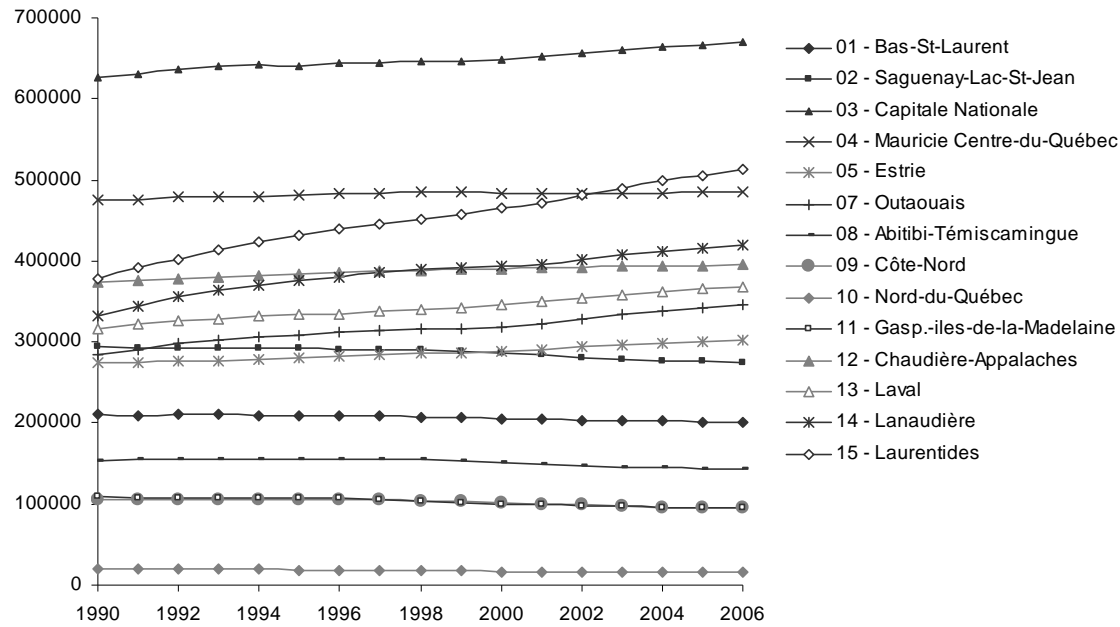
Sources :
Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ); MSSS
Ministère de la santé et des services sociaux, *Rapports annuels* de 1991-1992 à 2004-2005;
Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) de 2000 à 2005; Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada.

V : Population du Québec et des régions sociosanitaires de 1990 à 2006**

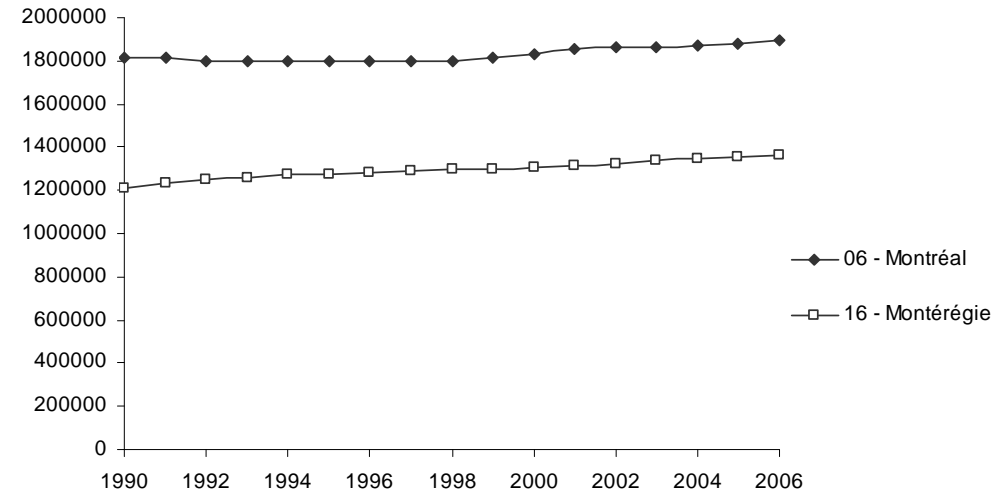
Années	Régions																Québec*
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	
1990	211 622	293 521	625 708	475 212	274 231	1 818 007	285 258	153 920	105 976	20 810	109 766	374 679	316 635	332 138	376 911	1 211 900	7 003 876
1991	209 573	292 415	631 240	475 961	274 518	1 815 022	291 190	155 453	105 836	20 552	108 196	375 991	321 624	343 576	391 077	1 233 824	7 064 586
1992	209 898	292 317	635 936	479 429	275 695	1 799 160	297 786	154 762	105 892	20 229	108 171	378 038	326 303	355 895	402 309	1 247 274	7 108 000
1993	209 842	293 081	640 662	479 802	277 343	1 796 029	303 115	154 861	105 443	19 768	108 346	380 507	328 806	363 371	413 011	1 262 089	7 155 273
1994	209 599	292 590	642 139	480 240	278 829	1 796 246	306 776	155 344	104 556	19 222	107 982	382 809	331 722	370 365	422 731	1 271 246	7 191 884
1995	209 026	291 637	641 216	481 082	280 479	1 798 189	309 154	155 870	104 583	18 888	107 332	384 287	333 211	375 890	431 406	1 277 256	7 219 446
1996	208 740	290 466	643 421	482 302	282 573	1 799 296	311 648	156 000	104 723	18 592	106 541	385 658	334 882	380 318	438 771	1 282 494	7 246 896
1997	208 403	290 100	644 919	483 536	284 755	1 800 089	313 767	155 928	104 445	18 200	105 693	387 017	337 386	384 939	445 514	1 288 836	7 274 630
1998	207 644	289 545	645 469	484 302	286 391	1 801 583	315 553	155 265	103 489	17 703	104 179	388 224	339 504	389 011	452 067	1 294 568	7 295 973
1999	206 900	288 295	647 193	484 351	287 295	1 814 366	316 732	153 702	102 430	17 345	102 321	389 126	342 222	391 498	457 957	1 299 715	7 323 308
2000	205 588	286 233	648 730	483 487	289 075	1 832 500	319 011	151 395	101 087	16 899	100 214	390 357	345 907	393 805	464 809	1 305 578	7 357 029
2001	204 305	283 691	651 942	482 792	291 170	1 852 775	323 106	149 017	99 761	16 608	98 662	391 049	349 795	395 891	471 410	1 312 173	7 396 988
2002	203 527	281 324	656 329	483 219	293 821	1 860 748	328 134	147 536	98 583	16 307	97 845	391 899	354 274	401 422	480 642	1 324 321	7 443 171
2003	202 715	278 973	660 532	483 632	296 351	1 866 017	333 527	146 064	97 420	15 990	97 073	392 780	358 474	406 920	489 793	1 336 241	7 486 114
2004	201 974	277 049	664 203	484 032	298 757	1 873 015	338 252	144 849	96 416	15 674	96 296	393 655	362 287	411 746	498 266	1 346 998	7 527 454
2005	201 219	275 457	667 117	484 308	300 942	1 882 561	342 225	143 821	95 549	15 341	95 496	394 423	365 623	415 830	505 845	1 356 331	7 566 409
2006	200 458	274 186	669 316	484 466	302 901	1 894 575	345 464	142 974	94 813	14 999	94 681	395 099	368 503	419 207	512 539	1 364 287	7 603 083

* Incluant les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ; ** Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James ne font pas partie de l'étude
Sources : 1991-2000 : MSSS, Service du développement de l'information (SDI), janvier 2005; 2001-2005 : Institut de la statistique du Québec (ISQ), janvier 2007.

VI : Population des régions sociosanitaires du Québec de 1990 à 2006, excepté les régions de Montréal et de la Montérégie



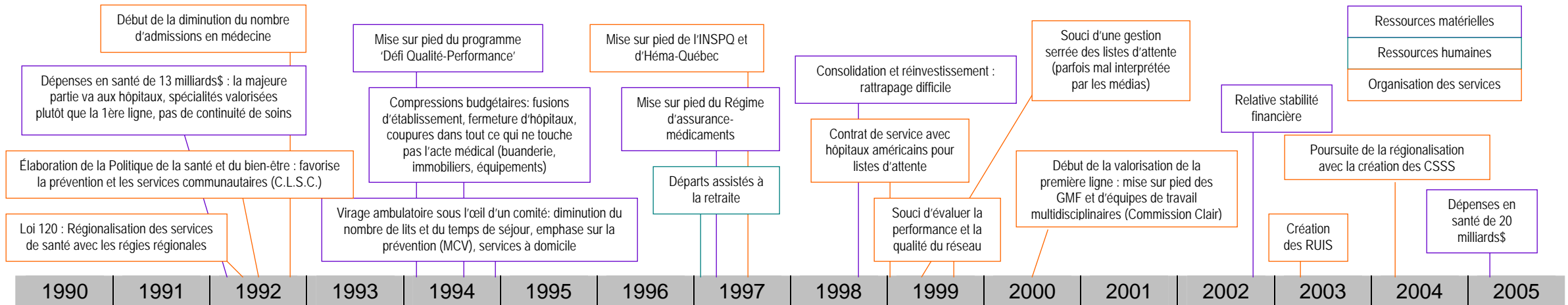
VII : Population des régions sociosanitaires de Montréal et de la Montérégie de 1990 à 2006



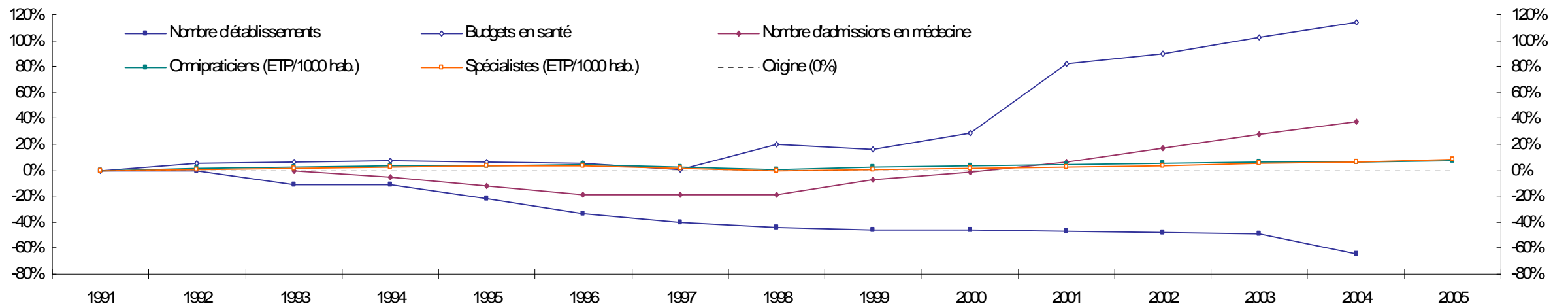
Sources :
 1991-2000 : MSSS, Service du développement de l'information (SDI), janvier 2005;
 2001-2006 : Institut de la statistique du Québec (ISQ), janvier 2007.

Sommaire des principaux événements du système de santé de l'ensemble du Québec entre 1991 et 2005

VIII : Événements majeurs relatifs au système de santé au Québec



IX : Pourcentage de variation du nombre d'établissements, des budgets en santé, des admissions en médecine et des effectifs médicaux au Québec entre 1991 et 2005 (Calculés à partir de la valeur initiale en 1990, 1991 ou 1993)



Région 1 : Bas-Saint-Laurent

1.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région du Bas-Saint-Laurent entre 1991 et 2005

----- Service de cardiologie à Rimouski; internistes font la cardiologie à Rivière-du-Loup -----

----- Appareils à la fine pointe de la technologie, selon besoins et budget -----

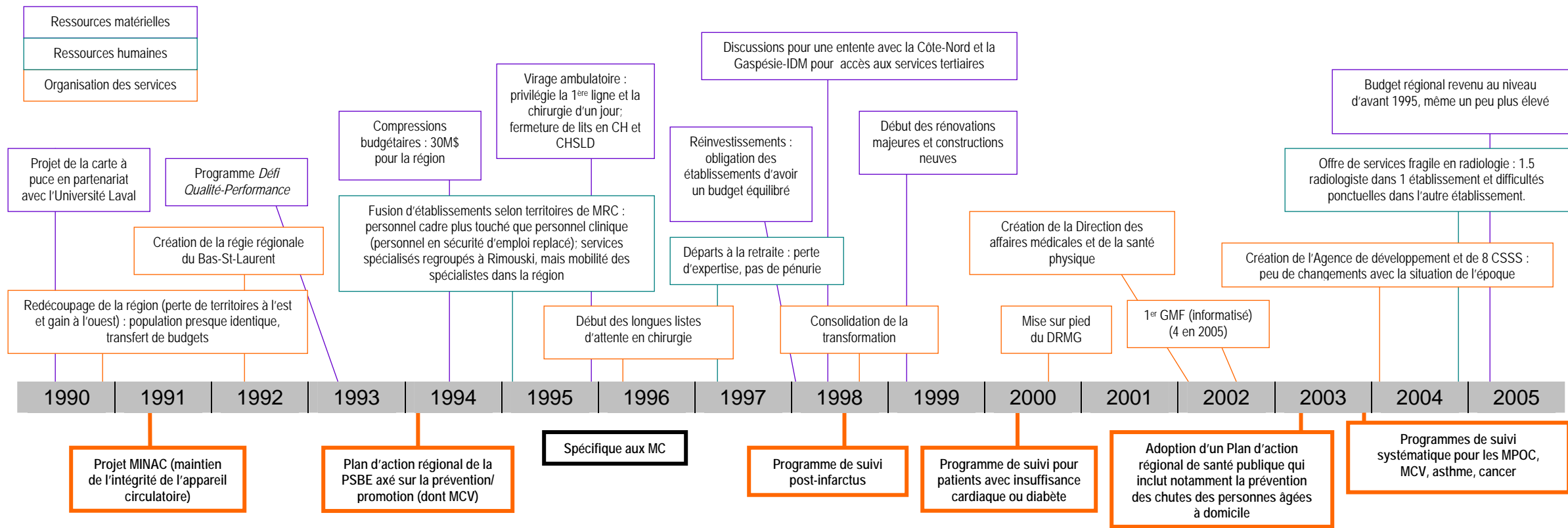
----- Population décroissante et âgée : 16% à 65 ans et plus -----

----- Manque d'omnipraticiens ou spécialistes selon les territoires, particulièrement plus difficile en cardiologie et optalmologie -----

----- Accès difficile selon les périodes de l'année pour radiologie, anesthésie, optométrie en basse vision : recours à des médecins itinérants -----

----- La région est soucieuse d'offrir des services de base à la population de chaque territoire de MRC -----

Faits saillants pour la période



1.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région du Bas-Saint-Laurent entre 1991 et 2005

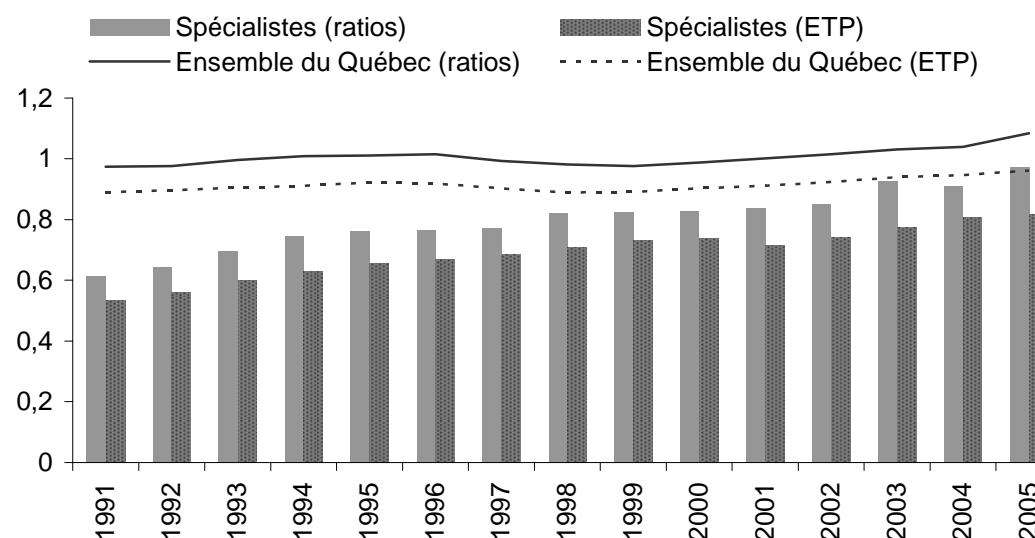
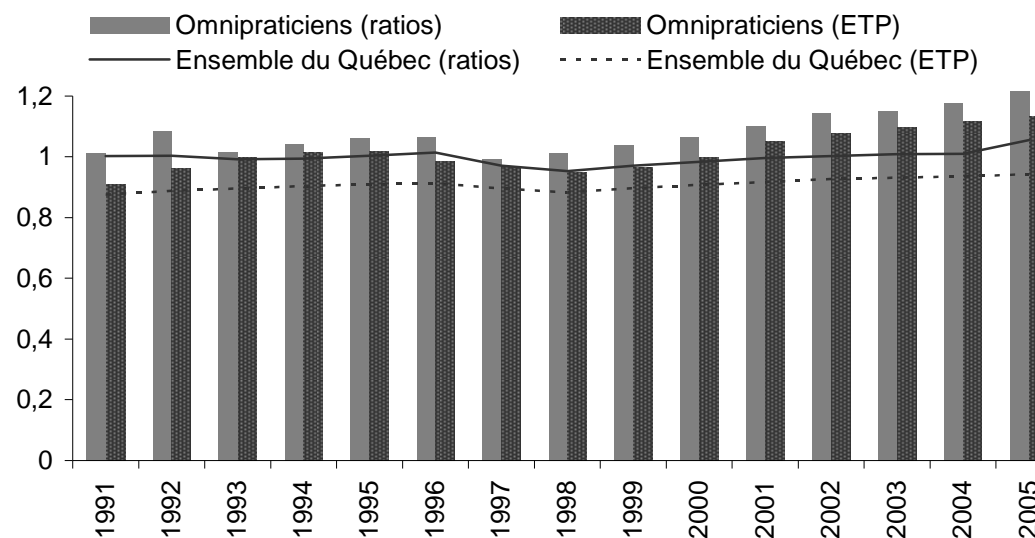
	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appareils à la fine pointe de la technologie, selon besoins et budget ▪ Redécoupage de la région : transfert du budget (1991) ▪ Programme Défi Qualité-Performance (1993) ▪ Compressions budgétaires : 30M\$ pour la région (1994) ▪ Réinvestissements : obligation des établissements d'avoir un budget équilibré (1998) ▪ Début des rénovations majeures et constructions neuves (1999) ▪ Budget régional revenu au niveau d'avant 1995, même un peu plus élevé (2005) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Service de cardiologie à Rimouski ▪ Fusion d'établissements : services spécialisés regroupés à Rimouski (1995)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque d'omnipraticiens selon les territoires ▪ Départs à la retraite : perte d'expertise, pas de pénurie (1997) ▪ Fusion d'établissements : personnel cadre plus touché que personnel clinique (personnes en sécurité d'emploi remplacées) (1995) ▪ Difficile de recruter des professionnels de la santé en réadaptation (orthophonistes, ergothérapeutes, optométristes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Internistes font la cardiologie à Rivière-du-Loup ▪ Manque de spécialistes selon les territoires ▪ Offre de services fragile en radiologie : 1.5 radiologiste dans 1 établissement et difficultés ponctuelles dans l'autre (2005) ▪ Accès difficile selon les périodes de l'année pour radiologie, anesthésie et optométrie en basse vision : recours à des médecins itinérants ▪ Recrutement de spécialistes plus difficile en cardiologie et ophtalmologie

1.2 suite : Liste des changements et continuités du système de santé de la région du Bas-Saint-Laurent entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La région est soucieuse d’offrir des services de base à la population de chaque territoire ▪ Redécoupage de la région (perte de territoires à l’est et gain à l’ouest) : population presque identique (1991) ▪ Création de la régie régionale du Bas-St-Laurent (1992) ▪ Consolidation de la transformation (1998) ▪ Mise sur pied du DRMG (2000) ▪ Création de la Direction des affaires médicales et de santé physique (2002) ▪ Création de l’Agence et de 8 CSSS (loi 25) : peu de changements avec la situation de l’époque (2004) ▪ Projet de la carte à puce en partenariat avec l’Université Laval (1990) ▪ Fusion d’établissements selon les territoires de MRC (1995) ▪ Virage ambulatoire : privilégie la 1^{ère} ligne et la chirurgie d’un jour ; fermeture de lits en CH et CHSLD (1996) ▪ Début des longues listes d’attente (1996) ▪ Mise sur pied du 1^{er} GMF (4 en 2005) (2002) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet MINAC (maintien de l’intégrité de l’appareil circulatoire) (1991) ▪ Plan d’action régional de la PSBE axé sur la prévention/ promotion (dont les MCV) (1994) ▪ Programme de suivi post-infarctus (1998) ▪ Programme de suivi pour patients avec insuffisance cardiaque ou diabète (2000) ▪ Programmes de suivi systématique pour MPOC, maladies cardiovasculaires, asthme et cancer (2004) ▪ Discussion avec la Côte-Nord et la Gaspésie-IDM pour accès aux services tertiaires (1998) ▪ Plan d’action régional de santé publique 2004-2007 adopté, qui prévoit entre autres un service systématique de dépistage de certaines maladies chroniques et la prévention de chutes des personnes âgées à domicile

1.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région du Bas-Saint-Laurent : ratios et équivalents temps plein (ETP)*

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	1,01	0,91	0,62	0,53
1992	1,09	0,96	0,64	0,56
1993	1,02	1,00	0,70	0,60
1994	1,04	1,02	0,74	0,63
1995	1,06	1,02	0,76	0,66
1996	1,06	0,98	0,77	0,67
1997	0,99	0,97	0,77	0,69
1998	1,01	0,95	0,82	0,71
1999	1,04	0,96	0,83	0,73
2000	1,07	1,00	0,83	0,74
2001	1,10	1,05	0,84	0,72
2002	1,14	1,08	0,85	0,74
2003	1,15	1,10	0,93	0,77
2004	1,18	1,12	0,91	0,81
2005	1,25	1,13	0,97	0,82



* ETP : calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

1.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région du Bas-Saint-Laurent

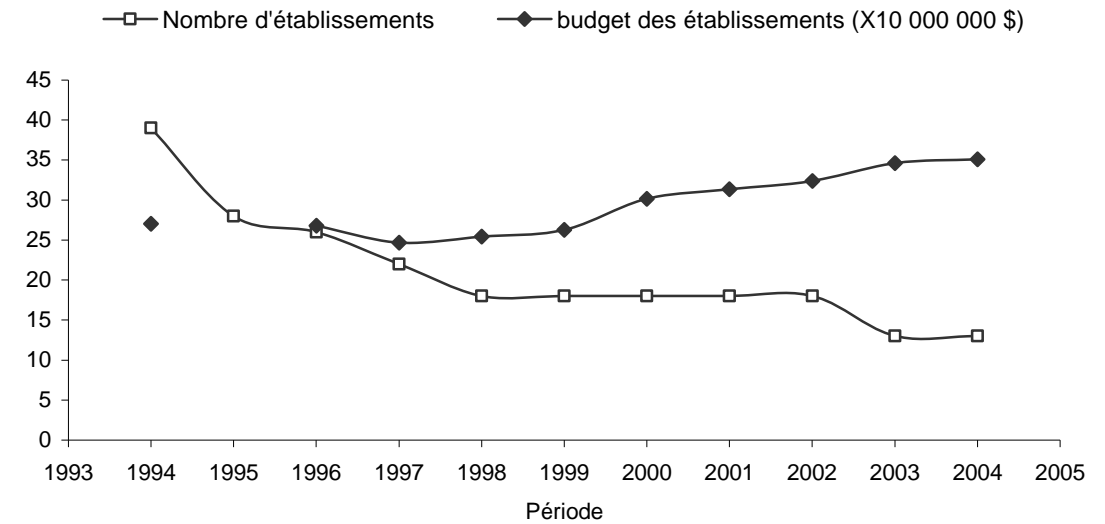
Années	Nombre d'établissements publics	Nombre d'établissements privés	Budget net de fonctionnement des établissements
1994-1995	36	3	270 312 150\$
1995-1996	25	3	n.d.
1996-1997	23	3	267 937 411\$
1997-1998	19	3	246 683 531\$
1998-1999	15	3	254 197 584\$
1999-2000	15	3	262 590 094\$
2000-2001	15	3	301 410 002\$
2001-2002	15	3	313 380 944\$
2002-2003	15	3	323 806 817\$
2003-2004	10	3	346 338 504\$
2004-2005	10	3	350 909 347\$

n.d.: non disponible

Sources :

Effectifs médicaux : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS

Autres informations : sources diversifiées, principalement les rapports annuels d'activités ou rapports annuels de gestion de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, pour les années 1991-1992 à 2005-2006; et les rapports annuels du MSSS, de 1990-1991 à 2004-2005.

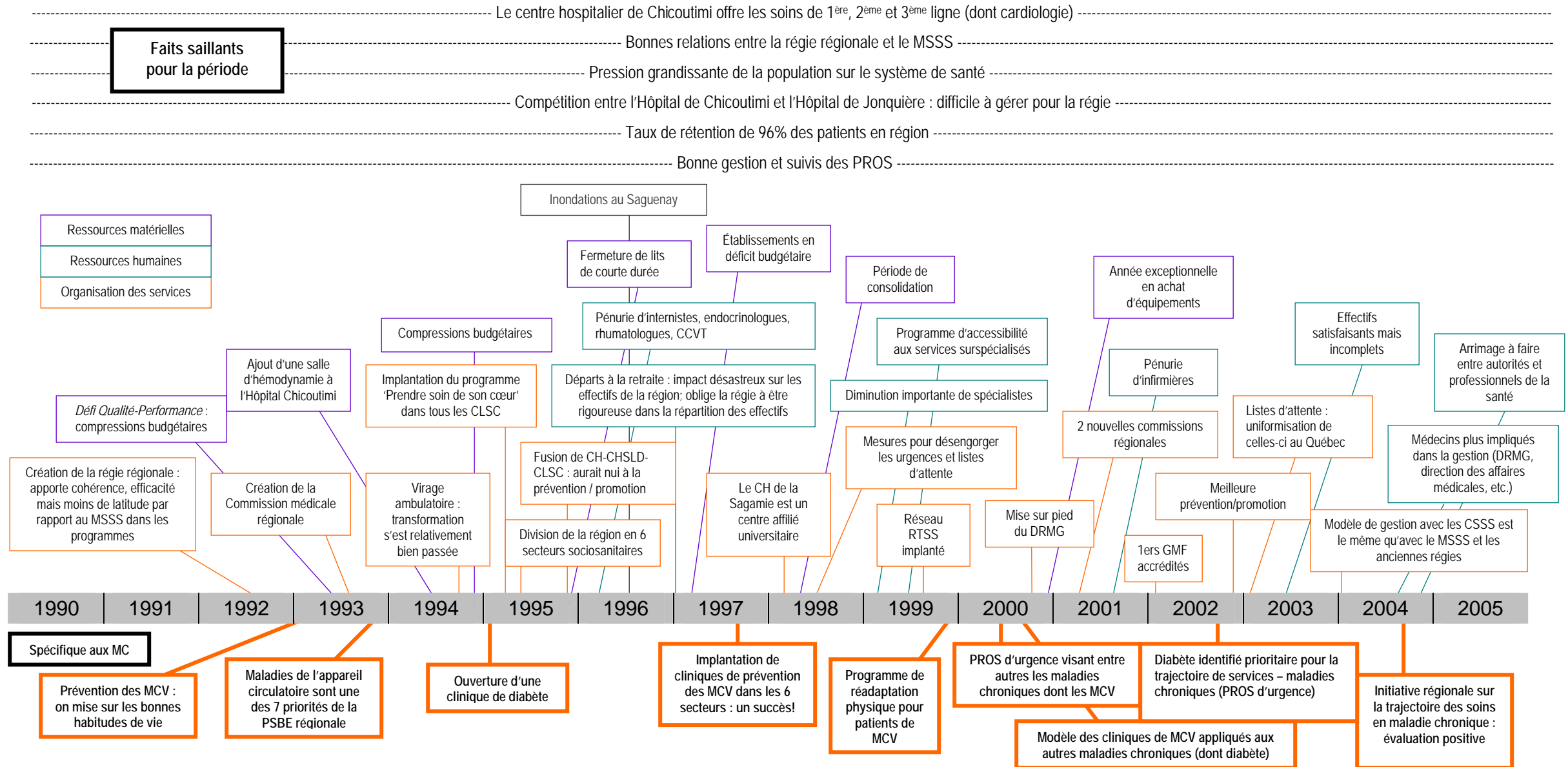


Principales tendances observées pour la région du Bas-Saint-Laurent

La région du Bas-St-Laurent a connu une baisse d'effectifs en omnipratique dans les années 1997-1998, mais la situation s'est rétablie dans les années suivantes, sans créer de pénuries. Selon les territoires et les années, le Bas-St-Laurent a également connu, comme beaucoup d'autres régions, des difficultés dans le recrutement de certains spécialistes, rendant parfois l'accès aux services spécialisés difficile, menant au recours à des médecins itinérants selon les besoins. Par ailleurs, suivant les politiques de santé du MSSS, plusieurs programmes de prévention, de dépistage et de suivi des maladies chroniques ont été mis sur pied au fil des ans.

Région 2 : Saguenay Lac-Saint-Jean

2.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean entre 1991 et 2005



2.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean entre 1991 et 2005

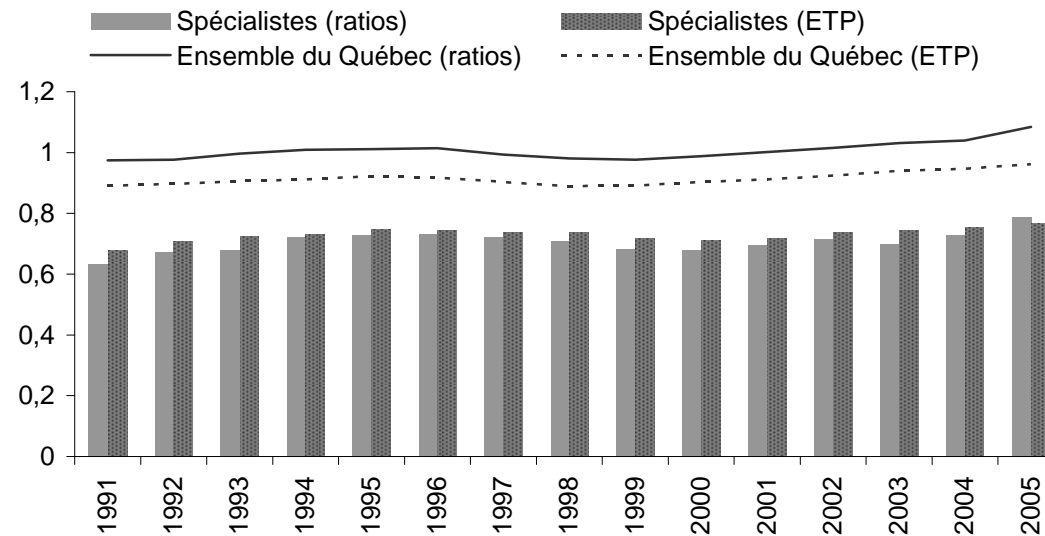
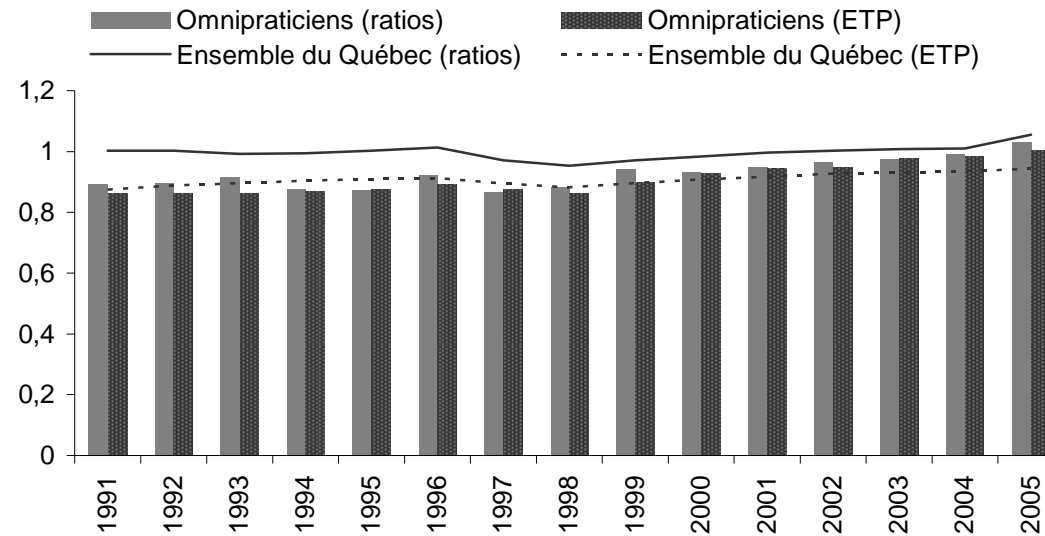
	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défi Qualité-Performance ; compressions budgétaires (1993) ▪ Compressions budgétaires (1995) ▪ Taux de rétention de 96% des patients en région ▪ Établissements en déficit budgétaires (1997) ▪ Période de consolidation (1998) ▪ Réseau RTSS implanté (1999) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajout d'une salle d'hémodynamie à l'Hôpital Chicoutimi (1994) ▪ Année exceptionnelle en achat d'équipements (2001)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Départs à la retraite : impact désastreux sur les effectifs : (1997) ▪ Pénurie d'infirmières (2001) ▪ Effectifs médicaux satisfaisants mais incomplets (2004) ▪ Médecins plus impliqués dans la gestion (DRMG, direction des affaires médicales) (2005) ▪ Départs à la retraite : oblige la régie à être rigoureuse dans la répartition des effectifs (1997) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pénurie d'internistes, d'endocrinologues, de rhumatologues et CCVT (1996) ▪ Diminution importante de spécialistes (1999)

2.2 suite : Liste des changements et continuités du système de santé de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compétition entre l'Hôpital de Chicoutimi et l'Hôpital de Jonquière : difficile à gérer par la régie ▪ Création de la régie régionale : cohérence, efficacité mais moins de latitude par rapport au MSSS dans les programmes (1992) ▪ Création de la Commission médicale régionale (1993) ▪ Division de la région en 6 sections sociosanitaires (1995) ▪ Mise sur pied du DRMG (2000) ▪ 2 nouvelles commissions régionales (2001) ▪ Modèle de gestion est le même avec les CSSS que le MSSS avec les anciennes régies (2004) ▪ Arrimage à faire entre les autorités et les professionnels de la santé (2005) ▪ Pression grandissante de la population sur le système de santé. ▪ Virage ambulatoire : transformation s'est relativement bien passée (1994) ▪ Fusion de CH-CHSLD-CLSC : (1995) ▪ Fermeture de lits de courte durée (1996) ▪ Centre hospitalier de la Sagamie devient un centre affilié universitaire avec UMF (1998) ▪ Mesures pour désengorger les urgences et listes d'attente (1998) ▪ 1ers GMF accrédités (2002) ▪ Listes d'attente : uniformisation de celles-ci au Québec (2003) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le centre hospitalier de Chicoutimi offre des soins de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} ligne (dont cardiologie). ▪ Prévention des MCV : on mise sur les bonnes habitudes de vie (1993) ▪ Maladies de l'appareil circulatoire : une des 7 priorités de la PSBE régionale (1994) ▪ Ouverture d'une clinique de diabète (1995) ▪ Implantation du programme <i>Prendre soin de son cœur</i> dans tous les CLSC (1995) ▪ Les fusions auraient nui à la prévention/ promotion (1995) ▪ Implantation de cliniques de prévention des MCV dans les 6 secteurs : un succès ! (1997) ▪ Programme de réadaptation physique pour patients de MCV (2000) ▪ Modèle de cliniques MCV appliqués aux autres maladies chroniques (dont diabète) (2000) ▪ Adoption d'un PROS d'urgence, qui comprend des mesures touchant des clientèles spécifiques dont les MCV chroniques (2000-2001) ▪ La trajectoire de services – maladies chroniques, qui s'inscrit dans le PROS d'urgence, vise une clientèle à risque ou atteinte d'insuffisance cardiaque et le diabète est désigné prioritaire (2001-2003) ▪ Meilleure prévention/ promotion (2003) ▪ Initiative régionale sur la trajectoire des soins en maladie chronique : évaluation positive ▪ Programme d'accessibilité aux services surspécialisés (1999)

2.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1 000 habitants de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean : ratios et équivalents temps plein (ETP)*

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	0,89	0,86	0,63	0,68
1992	0,90	0,86	0,67	0,71
1993	0,91	0,86	0,68	0,73
1994	0,88	0,87	0,72	0,73
1995	0,87	0,88	0,73	0,75
1996	0,92	0,89	0,73	0,74
1997	0,87	0,88	0,72	0,74
1998	0,88	0,86	0,71	0,74
1999	0,94	0,90	0,68	0,72
2000	0,93	0,93	0,68	0,71
2001	0,95	0,95	0,70	0,72
2002	0,97	0,95	0,71	0,74
2003	0,98	0,98	0,70	0,74
2004	0,99	0,98	0,73	0,75
2005	1,03	1,00	0,79	0,77

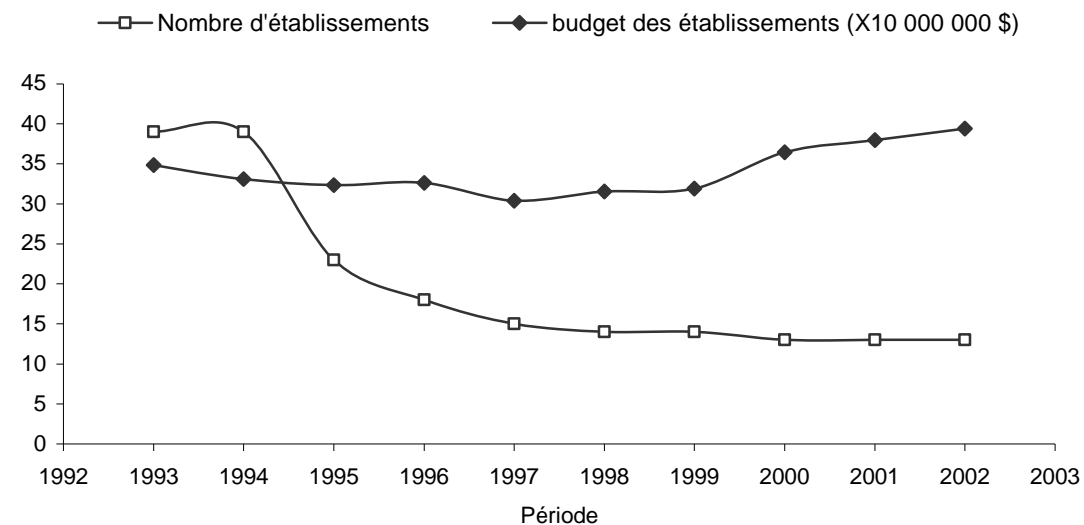


* ETP : calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

2.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Années	Nombre d'établissements publics	Nombre d'établissements privés	Budget net de fonctionnement des établissements
1993-1994	37	2	348 668 098\$
1994-1995	37	2	331 079 503\$
1995-1996	21	2	323 335 148\$
1996-1997	16	2	326 400 944\$
1997-1998	14	1	303 732 059\$
1998-1999	13	1	315 282 877\$
1999-2000	13	1	318 852 487\$
2000-2001	12	1	364 364 912\$
2001-2002	12	1	379 596 594\$
2002-2003	12	1	394 116 021\$

Sources :
 Effectifs médicaux : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS.
 Autres informations : sources diversifiées, principalement les rapports annuels d'activités ou rapports annuels de gestion de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean, pour les années 1991-1992 à 2005-2006; et les rapports annuels du MSSS, de 1990-1991 à 2004-2005.

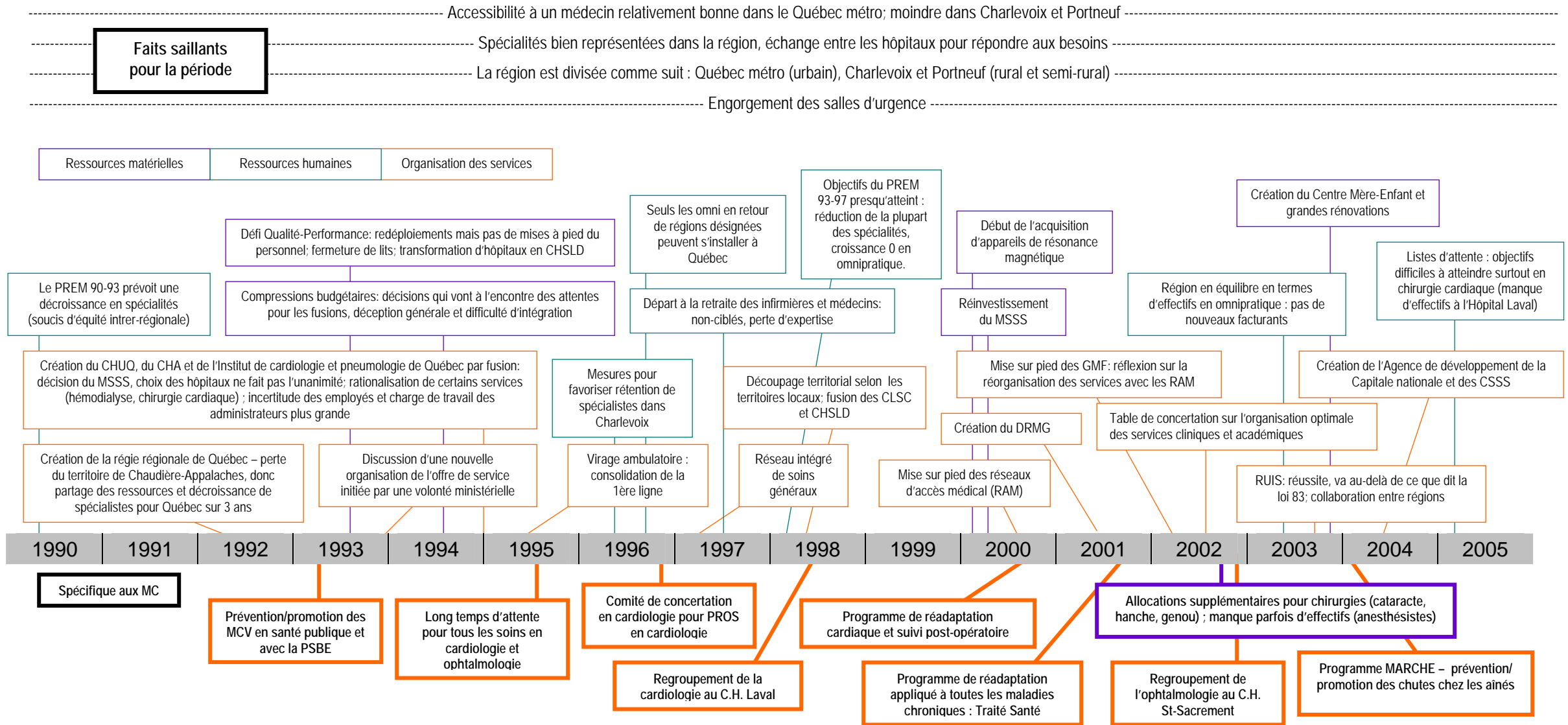


Principales tendances observées pour la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Au cours de la période, le Saguenay-Lac-St-Jean a dû répondre à des baisses importantes d'effectifs médicaux, incluant une pénurie d'infirmières. Bien que la situation se soit rétablie dans les années suivantes, les effectifs demeuraient incomplets et la région a dû mettre en place des programmes de recrutement. La région a toutefois montré beaucoup d'initiatives régionales et mis en place plusieurs programmes et cliniques visant les maladies chroniques telles le diabète et les MCV.

Région 3 : Capitale nationale

3.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de la Capitale nationale entre 1991 et 2005



3.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de la Capitale nationale entre 1991 et 2005

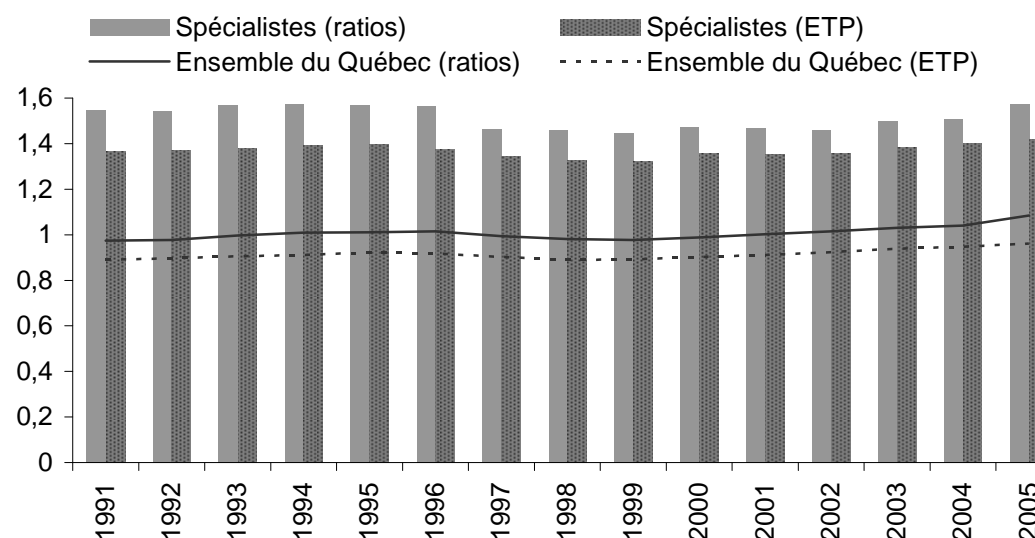
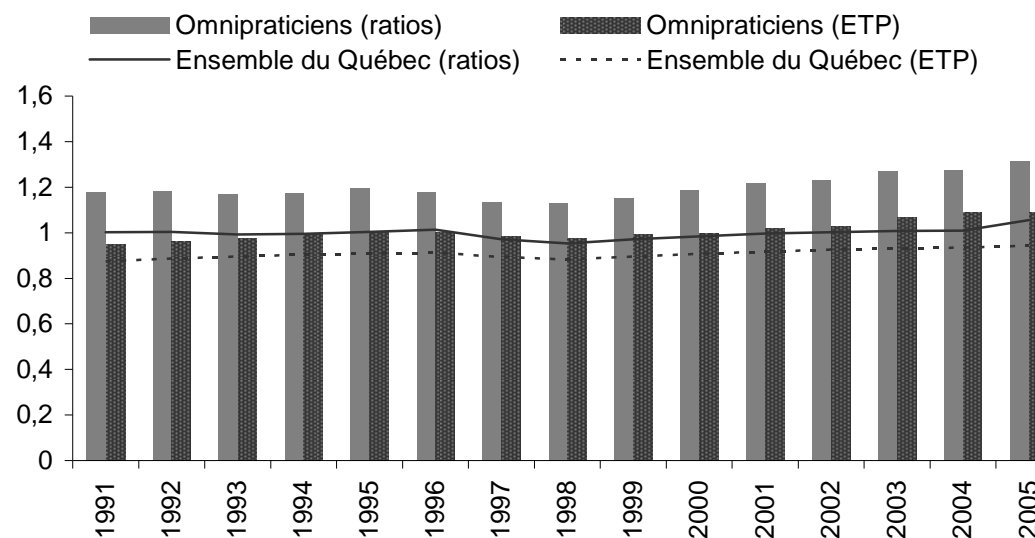
	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perte de Chaudière-Appalaches : partage des ressources entre Québec et Chaudière-Appalaches sur 3 ans (1992) ▪ Compressions budgétaires : des décisions vont à l'encontre des attentes pour les fusions (1995) ▪ Réinvestissement du MSSS (2000) ▪ Création du Centre Mère-Enfant et grandes rénovations (2004) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Début de l'acquisition d'appareils de résonance magnétique (2000) ▪ Allocations supplémentaires pour les chirurgies (hanche, cataracte, genou) (2002) ▪ La création du CHUQ, CHA et de l'Institut entraîne la rationalisation de certains services (hémodialyse et chirurgie cardiaque) (1995)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défi Qualité-Performance : redéploiement mais pas de mise à pied du personnel (1993) ▪ Création du CHUQ, CHA et de l'Institut de cardiologie et pneumologie : la fusion d'établissements crée de l'incertitude chez les employés et des charges de travail plus grandes pour les administrateurs (1995) ▪ Compressions budgétaires : déception générale et difficulté d'intégration (1995) ▪ Seuls les omni en retour de régions désignées peuvent s'installer à Québec (1996) ▪ Départs non-ciblés à la retraite d'infirmières et médecins : perte d'expertise et mise en péril de la qualité des soins (1997) ▪ Région en équilibre en termes d'effectifs en omnipratique : pas de nouveaux facturants (2003) ▪ Accessibilité à un médecin relativement bonne dans le Québec métro; moindre dans Charlevoix et Portneuf 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spécialités bien représentées dans la région, objectifs de décroissance par soucis d'équité entre les régions. Objectif du PREM pour la décroissance presque atteint en 1998, par des nouvelles règles de gestion adoptées en 1996 ▪ Perte de Chaudière-Appalaches : décroissance des spécialistes de Québec sur 3 ans (1992) ▪ Allocations supplémentaires pour les chirurgies parfois inutiles faute d'effectifs (anesthésistes) (2002) ▪ Mesures pour favoriser la rétention de spécialistes en Charlevoix (1996) ▪ Listes d'attente : objectifs difficiles à atteindre, surtout en chirurgie cardiaque (2005)

3.2 suite : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de la Capitale nationale entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création de la régie régionale de Québec – perte du territoire de Chaudière-Appalaches – donc partage des ressources et décroissance de spécialistes pour Québec sur 3 ans (1992) ▪ Discussion au sujet d’une nouvelle organisation de l’offre de services initiée par une volonté ministérielle (1993) ▪ Création du CHUQ, du CHA et de l’Institut de cardiologie et pneumologie de Québec par fusion (1995) ▪ Virage ambulatoire : consolidation de la 1^{ère} ligne (1995) ▪ Réseau intégré de soins généraux (1997) ▪ Découpage territorial selon les territoires locaux; fusion des CLSC et CHSLD (1998) ▪ Mise sur pied des réseaux d’accès médical (RAM) (2000) ▪ Mise sur pied des GMF: réflexion sur la réorganisation des services avec les RAM (2002) ▪ RUIS: réussite, va au-delà de ce que dit la loi 83 ; collaboration entre régions (2003) ▪ Création de l’Agence de développement de la Capitale nationale et des CSSS (2004) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention/promotion des MCV en santé publique et avec la PSBE (1993) ▪ Long temps d’attente pour tous les soins en cardiologie et ophtalmologie (1995) ▪ Comité de concertation pour PROS en cardiologie (1993) ▪ Regroupement de la cardiologie au C.H. Laval (1998) ▪ Programme de réadaptation cardiaque et suivi post-opératoire (2000) ▪ Programme de réadaptation appliqué à toutes les maladies chroniques : Traité Santé ▪ Regroupement de l’ophtalmologie au C.H. St-Sacrement (2002) ▪ Programme MARCHE – prévention/ promotion des chutes chez les aînés (2004)

3.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1 000 habitants de la Capitale nationale : ratios et équivalents temps plein (ETP)*

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	1,18	0,95	1,55	1,36
1992	1,18	0,96	1,54	1,37
1993	1,17	0,97	1,57	1,38
1994	1,18	1,00	1,57	1,39
1995	1,20	1,00	1,57	1,40
1996	1,18	1,00	1,56	1,37
1997	1,13	0,98	1,46	1,34
1998	1,13	0,98	1,46	1,33
1999	1,15	0,99	1,45	1,32
2000	1,19	1,00	1,47	1,36
2001	1,22	1,02	1,47	1,35
2002	1,23	1,03	1,46	1,36
2003	1,27	1,07	1,50	1,39
2004	1,28	1,09	1,51	1,40
2005	1,32	1,09	1,57	1,42

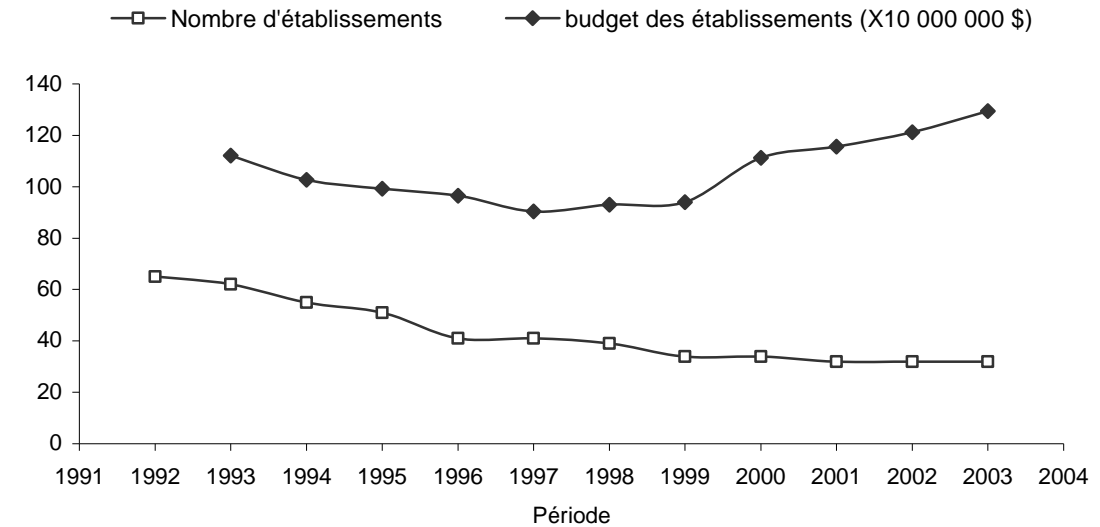


* ETP : calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

3.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de la Capitale nationale

Années	Nombre d'établissements publics	Nombre d'établissements privés	Budget net de fonctionnement des établissements
1992-1993	40	25	n.d.
1993-1994	40	22	1 121 248 117\$
1994-1995	43	12	1 026 839 869\$
1995-1996	39	12	992 648 237\$
1996-1997	29	12	965 397 469\$
1997-1998	29	12	903 662 408\$
1998-1999	28	11	930 498 408\$
1999-2000	23	11	939 923 577\$
2000-2001	23	11	1 112 976 853\$
2001-2002	21	11	1 156 314 060\$
2002-2003	20	12	1 211 971 709\$
2003-2004	20	12	1 294 344 595\$

n.d. : non disponible



Sources :

Effectifs médicaux : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS

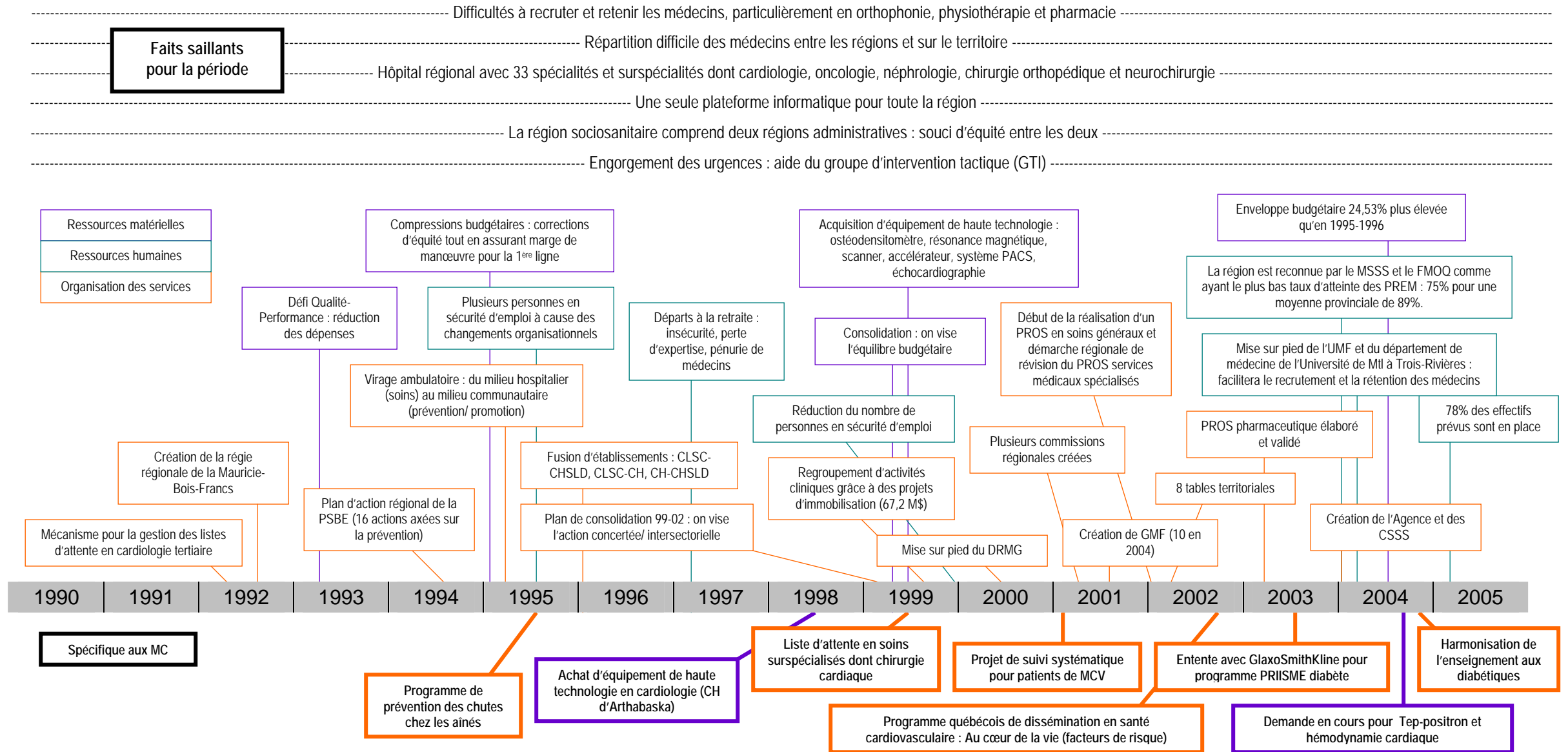
Autres informations : sources diversifiées, principalement les rapports annuels d'activités ou rapports annuels de gestion de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale, pour les années 1991-1992 à 2005-2006; et les rapports annuels du MSSS, de 1990-1991 à 2004-2005.

Principales tendances observées pour la région de la Capitale nationale

Au début des années 1990, la région de la Capitale nationale a subi des transformations majeures au niveau de son territoire – perte de Chaudière-Appalache – et au niveau de la réorganisation et des fusions d'établissements, menant au CHUQ, au CHA et à l'Institut de cardiologie et de pneumologie, pendant la période des compressions budgétaires. Contrairement à la plupart des autres régions en regard des effectifs médicaux, la Capitale nationale visait l'objectif de croissance zéro en omnipratique et la diminution du nombre de spécialistes, pratiquement atteint dans le PREM 1994-1997. Toutefois, la région a dû composer avec la perte d'expertise découlant des mises à la retraite ainsi que des listes d'attentes pour certains soins spécialisés et les engorgements des urgences.

Région 4 : Mauricie-Centre-du-Québec

4.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de la Mauricie-Centre-du-Québec entre 1991 et 2005



4.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de la Mauricie-Centre-du-Québec entre 1991 et 2005

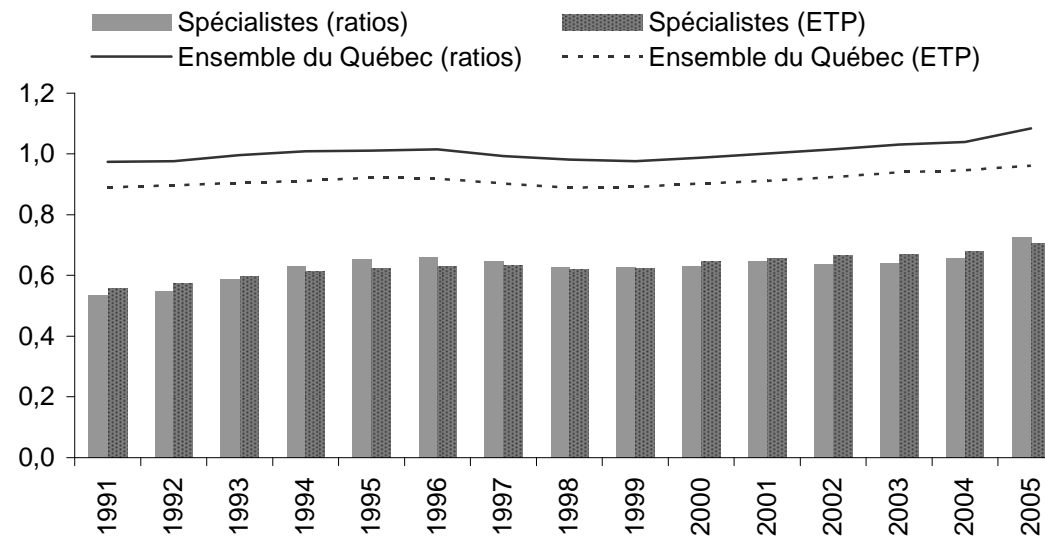
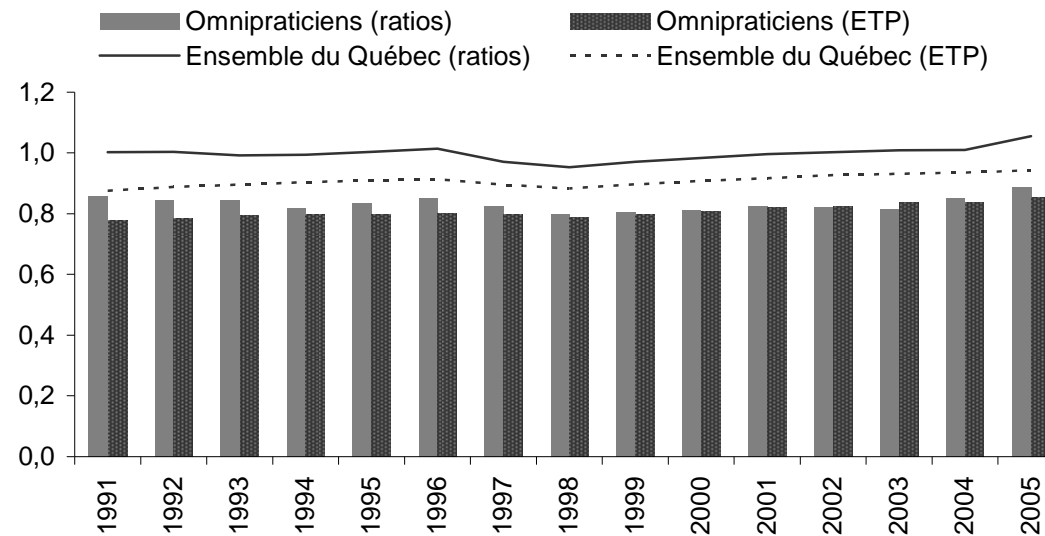
	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défi Qualité-Performance : réduction des dépenses ▪ Compressions budgétaires : corrections d'équité tout en assurant une marge de manœuvre pour la 1^{re} ligne (1995) ▪ Consolidation : on vise l'équilibre budgétaire (1999) ▪ Projets d'immobilisation (67M\$) ▪ Enveloppe budgétaire environ 24,53% plus élevée qu'en 1995-1996 (2005) ▪ Une seule plateforme informatique pour toute la région 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Achat d'équipements de haute technologie en cardiologie (CH d'Arthabaska) (1998) ▪ Acquisition d'équipements de haute technologie : ostéodensitomètre, scanner, résonance magnétique, accélérateur, système PACS, échocardiographie (1999) ▪ Demande en cours pour Tep-positron et hémodynamie (2005)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plusieurs personnes en sécurité d'emploi à cause des changements organisationnels (1995) ▪ Départs à la retraite : perte d'expertise, insécurité, pénurie de médecins (1997) ▪ Réduction du nombre de personnes en sécurité d'emploi (2000) ▪ Mise sur pied de l'UMF et du département de médecine facilitera le recrutement et la rétention des médecins (2004) ▪ Les instances du MSSS et de la FMOQ reconnaissent que la région Mauricie et Centre-du-Québec a le taux d'atteinte du PREM le plus bas, soit 75 %, la moyenne du Québec étant 89 % (2004) ▪ Seulement 78% des effectifs prévus sont en place (2005) ▪ Répartition difficile entre les régions et sur le territoire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recrutement et rétention difficiles des médecins, particulièrement en orthophonie, physiothérapie et pharmacie

4.2 suite : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de la Mauricie-Centre-du-Québec entre 1991 et 2005 - suite

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création de la régie régionale de la Mauricie-Bois-Francs (1992) ▪ Plan de consolidation : on vise l'action concertée/ intersectorielle (1999) ▪ Mise sur pied du DRMG (2000) ▪ Plusieurs commissions régionales créées (2001) ▪ Mise en place des structures pour la réalisation d'un PROS en soins médicaux généraux et démarche régionale de révision du PROS en soins médicaux spécialisés (2001-2002) ▪ 8 tables territoriales (2002) ▪ Un PROS pharmaceutique élaboré et validé auprès des chefs de département de pharmacie des établissements de la région (2003-2004) ▪ Mise sur pied de l'Unité de médecine familiale (2004) ▪ Mise sur pied du département. de médecine de l'Université de Mtl à Trois-Rivières (2004) ▪ Engorgement des urgences : aide du groupe tactique d'intervention (GTI) ▪ Virage ambulatoire : du milieu hospitalier au milieu communautaire (1995) ▪ Fusion d'établissements : CLSC-CHSLD, CLSC-CH, CHSLD-CH (1996) ▪ Regroupement d'activités cliniques grâce à des projets d'immobilisation (67,2M\$) (1999) ▪ Création de GMF (10 en 2004) (2002) ▪ Création de l'Agence et des CSSS (2004) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hôpital régional avec spécialités et surspécialités en cardiologie, oncologie, néphrologie, chirurgie orthopédique et neurochirurgie ▪ Plan d'action régional de la PSBE (16 actions axées sur la prévention) (1994) ▪ Programme de prévention des chutes chez les aînés (1995) ▪ Projet de suivi systématique pour les patients de MCV (2001) ▪ Programme québécois de dissémination en santé cardiovasculaire : Au cœur de la vie (touche les facteurs de risque) (2002) ▪ Entente avec GlaxoSmithKline pour programme PRIISME diabète (2003) ▪ Harmonisation de l'enseignement aux diabétiques (2005) ▪ Mécanisme pour la gestion des listes d'attente en cardiologie tertiaire (1992) ▪ Liste d'attente en soins surspécialisés dont chirurgie cardiaque (1999)

4.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de la Mauricie-Centre-du-Québec : ratios et équivalents temps plein (ETP)*

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	0,86	0,78	0,54	0,56
1992	0,84	0,79	0,55	0,58
1993	0,84	0,80	0,59	0,60
1994	0,82	0,80	0,63	0,61
1995	0,83	0,80	0,65	0,62
1996	0,85	0,80	0,66	0,63
1997	0,83	0,80	0,65	0,63
1998	0,80	0,79	0,63	0,62
1999	0,81	0,80	0,63	0,63
2000	0,81	0,81	0,63	0,65
2001	0,83	0,82	0,65	0,66
2002	0,82	0,83	0,64	0,67
2003	0,81	0,84	0,64	0,67
2004	0,85	0,84	0,66	0,68
2005	0,89	0,85	0,73	0,71

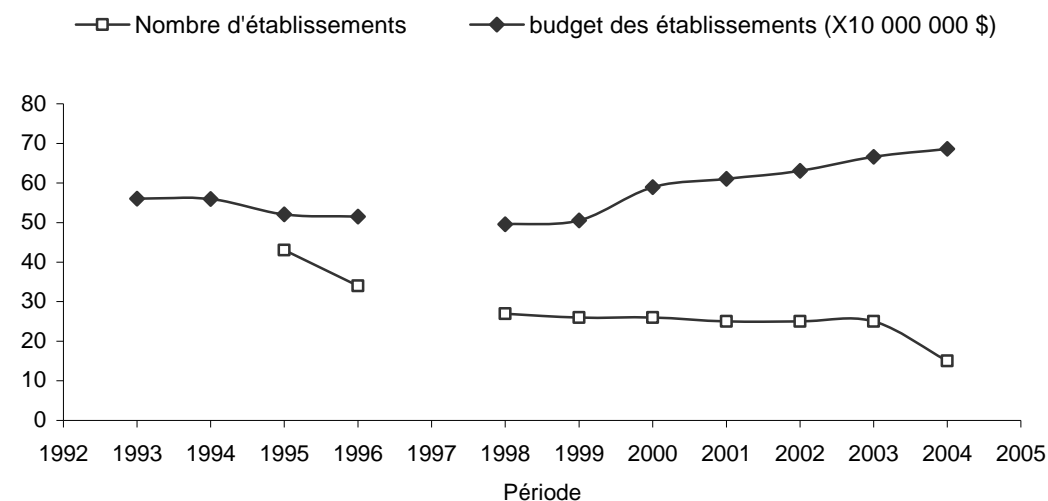


* ETP : calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

4.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de la Mauricie-Centre-du-Québec

Années	Nombre d'établissements publics	Nombre d'établissements privés	Budget net de fonctionnement des établissements
1993-1994	n.d.	n.d.	560 448 856\$ *
1994-1995	n.d.	n.d.	559 116 388\$ *
1995-1996	39	4	520 542 196\$
1996-1997	30	4	515 289 252\$
1997-1998	n.d.	n.d.	n.d.
1998-1999	25	2	495 633 170\$
1999-2000	24	2	505 578 683\$
2000-2001	24	2	589 105 544\$
2001-2002	23	2	610 093 209\$
2002-2003	23	2	630 098 711\$
2003-2004	23	2	665 715 406\$
2004-2005	13	2	685 803 807\$

* Budgets bruts
n.d. : non disponible



Sources :

Effectifs médicaux : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS

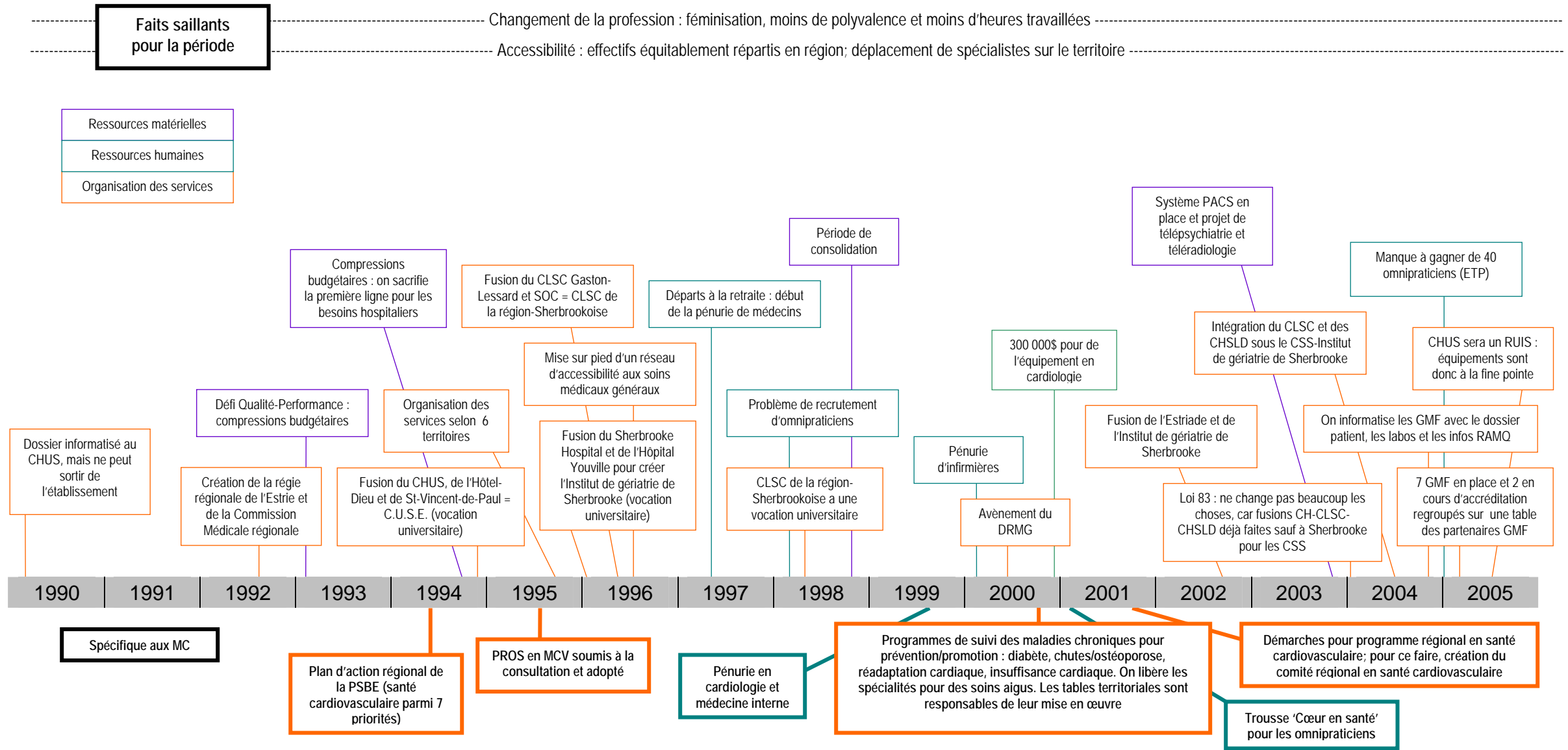
Autres informations : sources diversifiées, principalement les rapports annuels d'activités ou rapports annuels de gestion de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec, pour les années 1991-1992 à 2005-2006; et les rapports annuels du MSSS, de 1990-1991 à 2004-2005.

Principales tendances observées pour la région de la Mauricie-Centre-du-Québec

La région de la Mauricie-Centre-du-Québec a traversé des difficultés majeures quant au recrutement et rétention des médecins en région, malgré l'existence de l'UMF et du DRMG. En plus des difficultés de répartition des ressources dans le territoire, la région affichait la plus basse performance dans l'atteinte des objectifs du PREM, avec seulement 75%. La Mauricie-Centre-du-Québec a toutefois mis en place des mécanismes de gestion des listes d'attentes ainsi que plusieurs programmes d'organisation des soins visant les aînés ainsi que les clientèles atteintes de maladies cardiovasculaires et de diabète.

Région 5 : Estrie

5.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de l'Estrie entre 1991 et 2005



5.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de l'Estrie entre 1991 et 2005

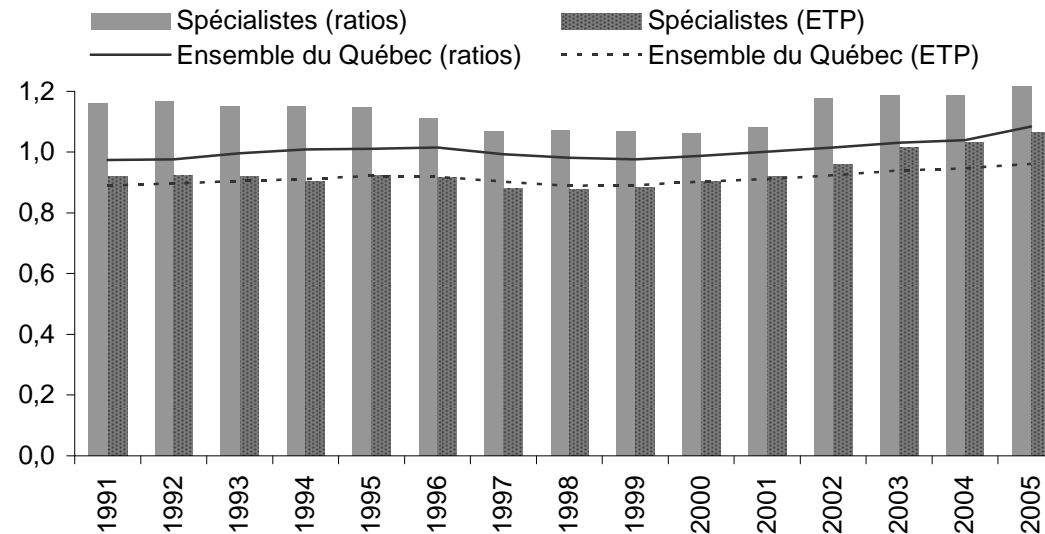
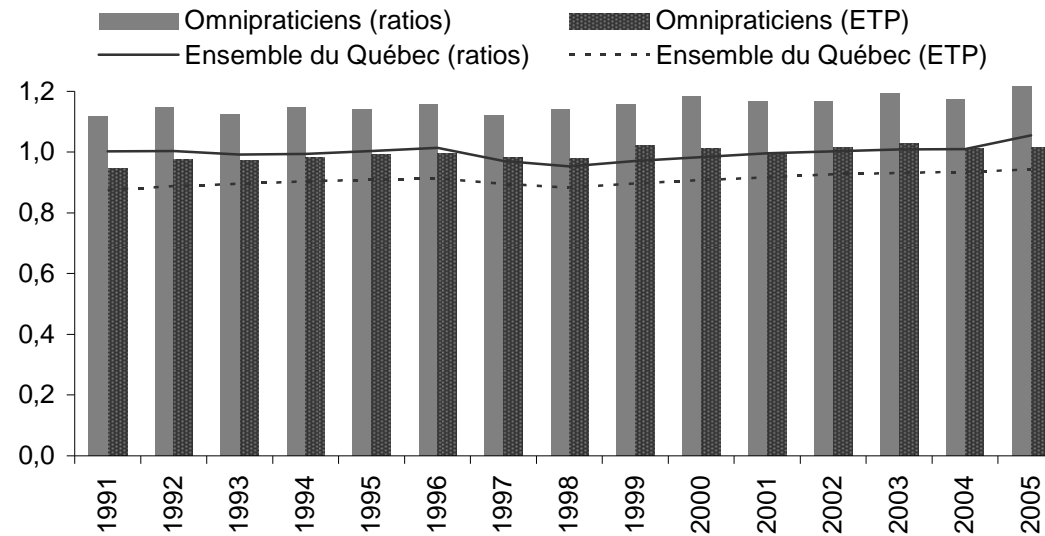
	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défi Qualité-Performance : compressions budgétaires (1993) ▪ Compressions budgétaires : on sacrifie la première ligne pour les besoins hospitaliers (1995). ▪ Dossier patient informatisé au CHUS, mais ne peut pas sortir de l'établissement (1990) ▪ Système PACS et projet de télépsychiatrie et téléradiologie (2005) ▪ On informatise les GMF avec le dossier patient, les labos et les infos RAMQ (2005) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 300 000\$ pour de l'équipement en cardiologie (2001) ▪ CHUS sera un RUIS : équipements à la fine pointe (2005)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Départs à la retraite : début de la pénurie de médecins (1997) ▪ Problème de recrutement d'omnipraticiens (1998) ▪ Manque à gagner de 40 omnipraticiens ETP (2005) ▪ Accessibilité : effectifs répartis équitablement en région ▪ Changements dans la profession : féminisation, moins de polyvalence et moins d'heures travaillées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pénurie en cardiologie et médecine interne (1999) ▪ Pénurie d'infirmières (2000) ▪ Accessibilité : déplacement de spécialistes sur le territoire

5.2 suite : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de l'Estrie entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
<p>Organisation des services</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création de la régie régionale de l'Estrie et de la Commission Médicale régionale (1992) ▪ Période de consolidation (1999) ▪ Avènement du DRMG (2000) ▪ CHUS sera un RUIS (2005) ▪ Fusion du CHUS, Hôtel-Dieu et St-Vincent-de-Paul = C.U.S.E. (vocation universitaire) (1995) ▪ Organisation des services selon 6 territoires (1995) ▪ Fusion du CLSC Gaston-Lessard et de SOC = CLSC de la région-Sherbrookoise (1996) ▪ Fusion du Sherbrooke Hospital et de l'Hôpital Youville pour créer l'Institut de gériatrie de Sherbrooke (vocation universitaire) (1996) ▪ Mise sur pied d'un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux (1996) ▪ CLSC de la région-Sherbrookoise a une vocation universitaire (1998) ▪ Fusion de l'Estriade et de l'Institut de gériatrie de Sherbrooke (2003) ▪ Loi 83 ne change pas beaucoup, car fusions de CH-CLSC-CHSLD déjà faite sauf à Sherbrooke pour les CSS (2004) ▪ Intégration du CLSC et des CHSLD sous le CSS-Institut de gériatrie de Sherbrooke (2005) ▪ 7 GMF et 2 en voie d'accréditation (2005) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan d'action régional de la PSBE (mcv parmi les 7 priorités) (1994) ▪ PROS en maladies cardiovasculaires adopté (1995-1996) ▪ Programmes de suivi pour maladies chroniques pour prévention/promotion : diabète, chutes/ostéoporose, réadaptation cardiaque, insuffisance cardiaque (2001) ▪ Trousse 'Cœur en santé' pour les omnipraticiens (2001) ▪ Programmes de suivi des maladies chroniques : on libère les spécialités pour des soins aigus (2001) ▪ Les tables territoriales sont responsables de la mise en œuvre des programmes (2001) ▪ Démarches pour programme régional en santé cardiovasculaire (2002) ▪ Création du comité en santé cardiovasculaire (2002) ▪ 4 spécialités ciblées (psychiatrie, gastro-entérologie, gériatrie et imagerie) pour travailler avec la première ligne (2005)

5.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de l'Estrie : ratios et équivalents temps plein (ETP)*

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	1,12	0,95	1,16	0,92
1992	1,15	0,98	1,17	0,92
1993	1,12	0,97	1,15	0,92
1994	1,15	0,98	1,15	0,90
1995	1,14	0,99	1,15	0,92
1996	1,16	1,00	1,11	0,92
1997	1,12	0,98	1,07	0,88
1998	1,14	0,98	1,07	0,88
1999	1,16	1,02	1,07	0,89
2000	1,18	1,01	1,06	0,90
2001	1,17	1,00	1,08	0,92
2002	1,17	1,02	1,18	0,96
2003	1,19	1,03	1,19	1,02
2004	1,17	1,01	1,18	1,03
2005	1,22	1,02	1,24	1,06

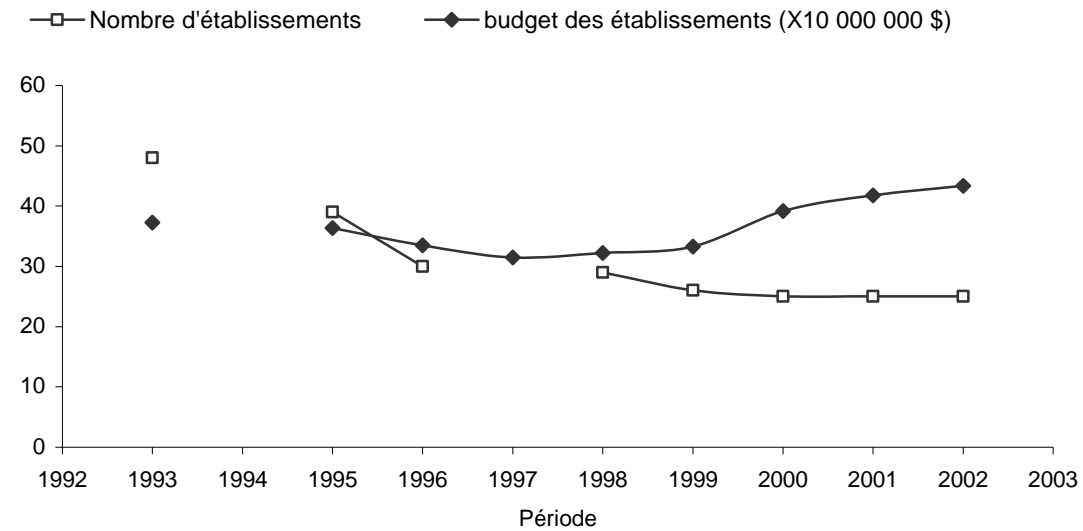


* ETP : calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

5.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de l'Estrie

Années	Nombre d'établissements	Budget net de fonctionnement des établissements
1993-1994	48	372 600 461\$
1994-1995	n.d.	n.d.
1995-1996	39	363 583 872\$
1996-1997	30	334 808 317\$
1997-1998	31	314 577 263\$
1998-1999	29	322 206 715\$
1999-2000	26	332 620 165\$
2000-2001	25	391 455 960\$
2001-2002	25	417 575 164\$
2002-2003	25	433 401 176\$

n.d. : non disponible



Sources :

Effectifs médicaux : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS

Autres informations : sources diversifiées, principalement les rapports annuels d'activités ou rapports annuels de gestion de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, pour les années 1991-1992 à 2005-2006; et les Rapports annuels du MSSS, de 1990-1991 à 2004-2005.

Principales tendances observées pour la région de l'Estrie

Une particularité importante de la région de l'Estrie est son Centre hospitalier universitaire et RUIS à Sherbrooke. Cette région bien équipée et à la fine pointe de la technologie ne connaît pas de difficultés au niveau des effectifs médicaux, même si quelques pénuries, non dramatiques, se sont fait sentir dans les années 1997.

Région 6 : Montréal

6.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de Montréal entre 1991 et 2005

----- Gestion de la santé publique difficile : plusieurs organisations ou divisions d'un même territoire : municipalités, commissions scolaires, comtés électoraux provinciaux et fédéraux. La fusion des villes de Montréal aurait facilité le tout -----

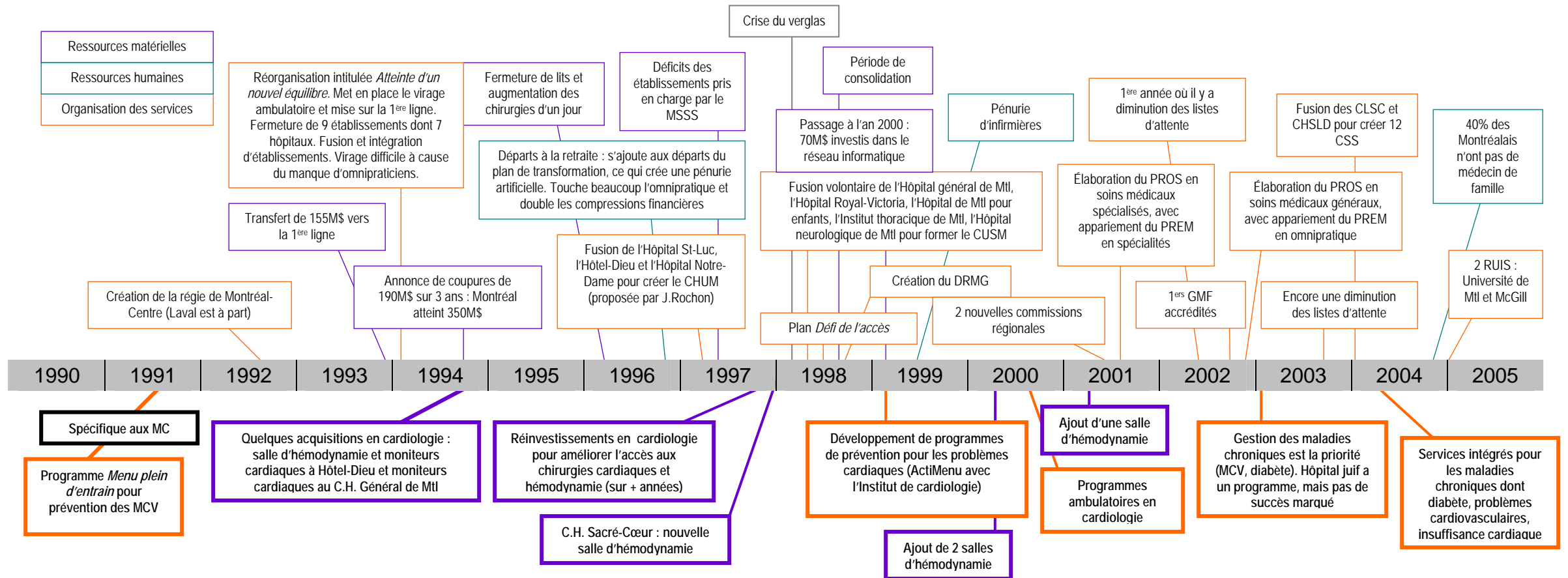
----- Engagement des urgences : implication du GTI dans la résolution du problème -----

Faits saillants pour la période

----- Délais d'attente importants en cardiologie -----

----- Souci d'une équité inter et intrarégionale : les PREM ont pour objectifs la décroissance en spécialité et la croissance en omnipratique -----

----- Priorité régionale : avoir accès aux services de 1^{ère} ligne -----

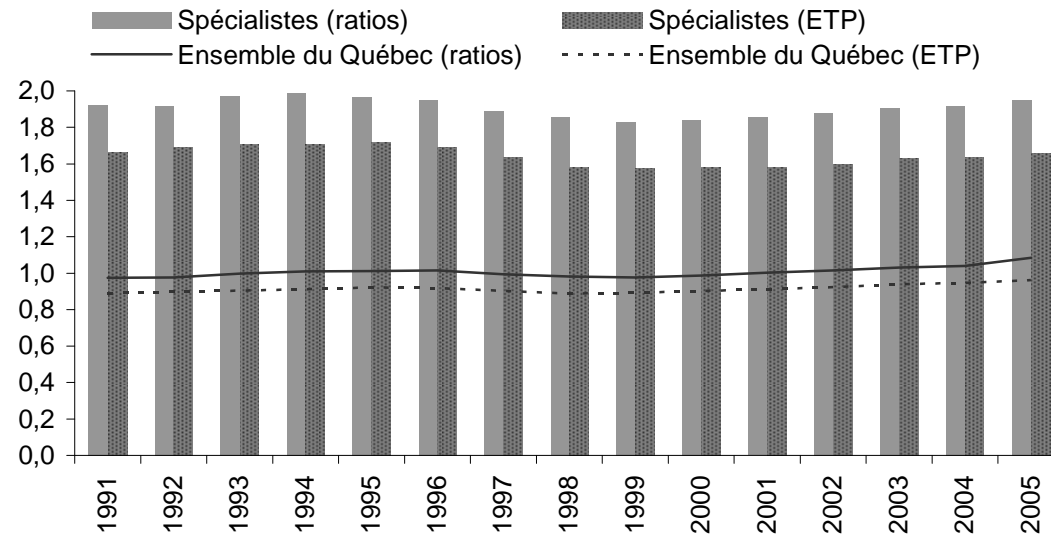
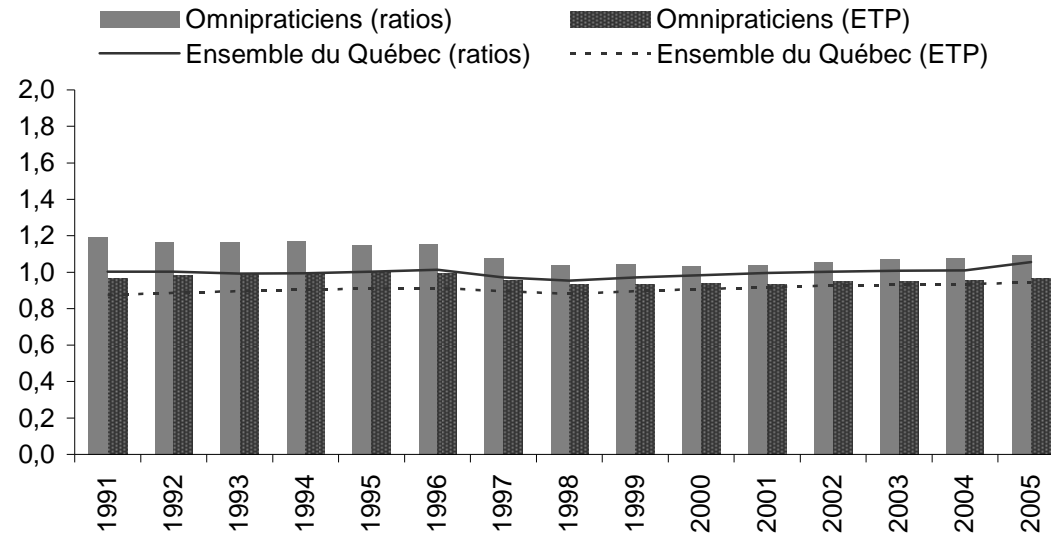


6.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de Montréal entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transfert de 155M\$ vers la 1^{ère} ligne (1994) ▪ Annonce de coupures de 190M\$ sur 3 ans : Mtl atteint 350M\$ (1994-1997) ▪ Passage à l'an 2000 : 70M\$ dans le réseau informatique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réinvestissements pour améliorer l'accès entre autres aux chirurgies cardiaques et hémodynamie (1998)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depuis le début des années 1990, les PREM ont pour objectifs de diminuer le nombre de spécialiste et d'augmenter ou stabiliser le nombre d'omnipraticiens ▪ Virage ambulatoire difficile, car manque d'omnipraticiens (1994-1997) ▪ Départs à la retraite : s'ajoute aux départs de la réorganisation, ce qui crée une pénurie artificielle. Touche beaucoup l'omnipraticien et double les compressions financières. (1997) 	
Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réorganisation intitulée 'Atteinte d'un nouvel équilibre'. Met en place le virage ambulatoire (1994-1997) ▪ Élaboration des PROS médicaux spécialisés et généraux (2001-2003) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement de programmes de prévention pour les problèmes cardiaques (ActiMenu avec l'Institut de cardiologie) (1998) ▪ Gestion des maladies chroniques est une priorité (MCV, diabète). L'hôpital juif a un programme, mais pas de succès marqué. (2003) ▪ Gestion de la santé publique difficile, car il existe plusieurs organisation et ou divisions d'un même territoire : municipalités, commissions scolaires, comtés électoraux provinciaux, comtés électoraux fédéraux. La fusion des villes de Montréal aurait facilité le tout ▪ Réorganisation intitulée <i>Atteinte d'un nouvel équilibre</i>. Met en place le virage ambulatoire, mise sur la 1^{ère} ligne. Fermeture de 9 établissements dont 7 hôpitaux (1994-1997) ▪ Fusion volontaire de l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital Royal-Victoria, l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'Institut thoracique de Mtl et l'Hôpital neurologique de Mtl pour former le CUSM (1996) ▪ Fusion de l'Hôpital St-Luc, Hôtel-Dieu et l'Hôpital Notre-Dame pour créer le CHUM (proposée par J. Rochon) (1997) ▪ Fusion des CHSLD et des CLSC pour créer les CSSS (2004)

6.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de Montréal : ratios et équivalents temps plein (ETP*)

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	1,19	0,97	1,93	1,67
1992	1,17	0,98	1,92	1,69
1993	1,17	0,99	1,97	1,71
1994	1,17	1,00	1,99	1,71
1995	1,15	1,00	1,97	1,72
1996	1,16	0,99	1,95	1,69
1997	1,08	0,96	1,89	1,63
1998	1,04	0,93	1,86	1,58
1999	1,04	0,94	1,83	1,58
2000	1,04	0,94	1,84	1,58
2001	1,04	0,94	1,86	1,58
2002	1,06	0,95	1,88	1,60
2003	1,07	0,95	1,91	1,63
2004	1,07	0,95	1,92	1,64
2005	1,09	0,96	1,95	1,66

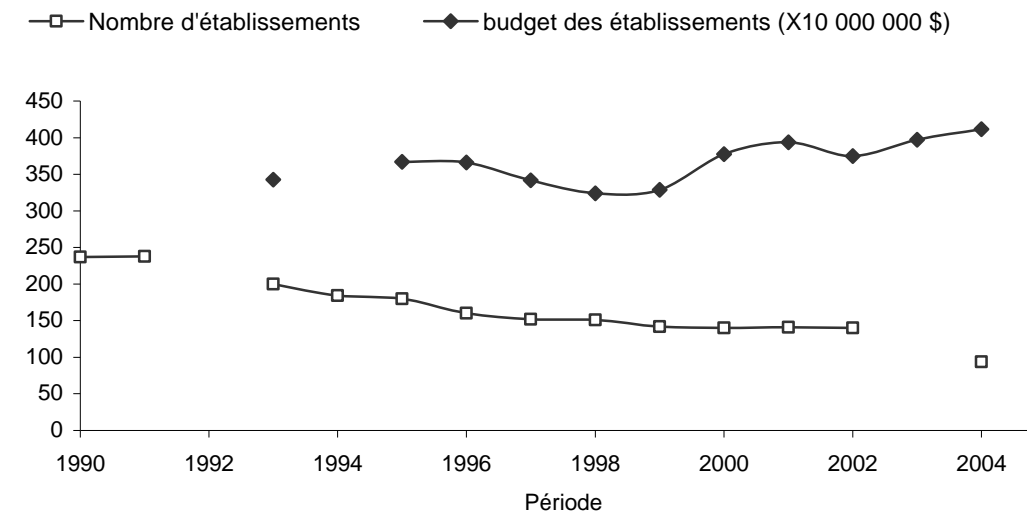


* ETP : calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

6.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de Montréal

Années	Nombre d'établissements publics	Nombre d'établissements privés	Budget net de fonctionnement des établissements
1990-1991	158	79	n.d.
1991-1992	158	80	n.d.
1992-1993	n.d.	n.d.	n.d.
1993-1994	142	58	3 427 412 078\$
1994-1995	126	58	n.d.
1995-1996	124	56	3 670 176 703\$
1996-1997	109	51	3 660 387 013\$
1997-1998	105	47	3 418 259 446\$
1998-1999	97	54	3 236 878 273\$
1999-2000	96	46	3 288 687 630\$
2000-2001	96	44	3 774 769 332\$
2001-2002	96	45	3 937 458 696\$
2002-2003	140 publics et privés	-	3 747 371 535\$
2003-2004	n.d.	n.d.	3 973 542 130\$
2004-2005	94 publics et privés	-	4 116 215 764\$

n.d. : non disponible



Sources :

Effectifs médicaux : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS

Autres informations : sources diversifiées, principalement les rapports annuels d'activités ou rapports annuels de gestion de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, pour les années 1991-1992 à 2005-2006; et les rapports annuels du MSSS, de 1990-1991 à 2004-2005.

Principales tendances observées pour la région de Montréal

En quelques années, entre 1994 et 1998, plusieurs transformations importantes ont eu lieu à Montréal, au niveau des établissements de santé et de l'organisation et de l'intégration des services spécialisés (fermetures, fusions, établissements à vocation universitaires, 2 RUIS). Les services spécialisés et surspécialisés sont présents, mais Montréal a à gérer les listes d'attentes et les engorgements des urgences. Au début des années 2000, la région s'est dotée de PROS en soins médicaux généraux et spécialisés. L'orientation du système de santé vers les soins de première ligne fut plus difficile étant donné le manque de médecins généralistes. De plus, l'accès à un médecin de famille est un problème majeur à Montréal, où 40% de la population n'a pas de médecin de famille.

Région 7 : Outaouais

7.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de l'Outaouais entre 1991 et 2005

----- Pénurie de spécialités (cardiologues, radiologues, psychiatres) et autres professionnels (infirmières, techniciens) car meilleures conditions d'emploi à Ottawa et certificat québécois requis au Québec -----

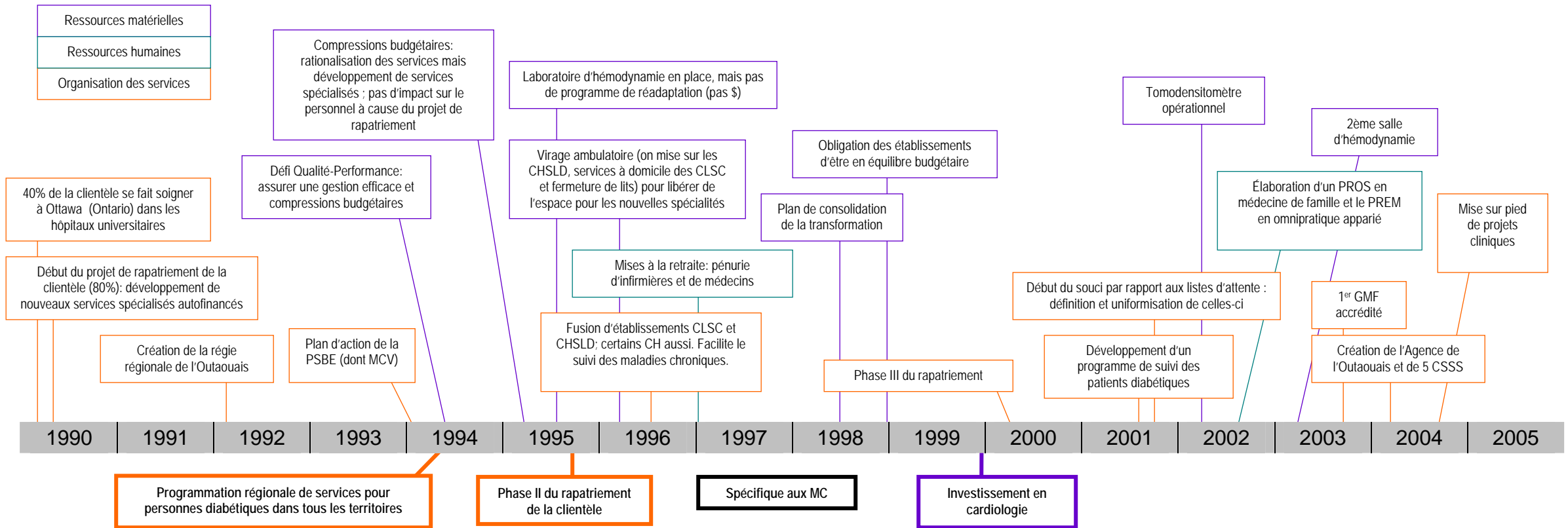
----- Implication des médecins dans l'organisation de l'offre de services (exemple : initiatives des pédiatres de faire seulement 2^{ème} et 3^{ème} ligne) -----

Faits saillants pour la période ----- Accès difficile à un médecin de famille entre autres à cause du nombre d'heures travaillées et la féminisation de la profession -----

----- Augmentation de spécialistes : service continu à la population -----

----- Intention d'inclure la notion d'équité intrarégionale dans les PROS -----

----- Corridor de service entre la région et Ottawa pour services non disponibles -----

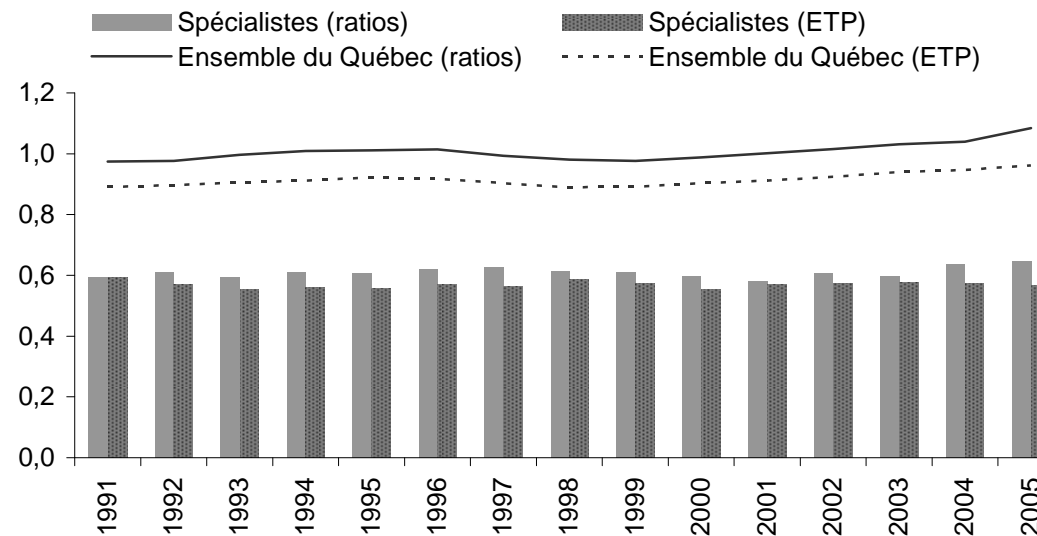
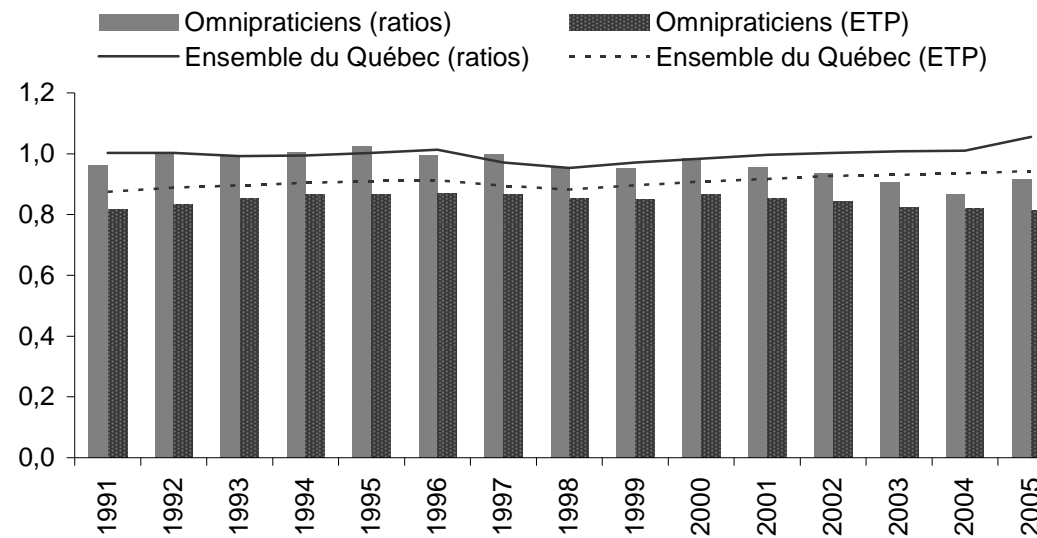


7.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de l'Outaouais entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défi Qualité-Performance : assurer une gestion efficace et compressions budgétaires (1994) ▪ Obligation des établissements d'être en équilibre budgétaire (1998) ▪ Souci d'avoir une meilleure équité intrarégionale : intention d'inclure cette notion dans les futurs PROS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapatriement : les nouveaux services spécialisés développés sont autofinancés par le transfert d'argent versés auparavant à l'Ontario par la RAMQ (1991-2000) ▪ Laboratoire d'hémodynamie en place, mais pas de programmes de réadaptation (pas \$) (1995) ▪ Investissement en cardiologie (1999) ▪ Tomodensitomètre opérationnel (2002) ▪ 2^{ème} laboratoire d'hémodynamie (2003)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compressions budgétaires : pas d'impact sur le personnel à cause du rapatriement (1995) ▪ Mise à la retraite : pénurie d'infirmières et de médecins (1997) ▪ Accès difficile à un médecin de famille entre autres à cause du nombre d'heures travaillées et la féminisation de la profession 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pénurie dans certaines spécialités (cardiologues, radiologues, psychiatres) et autres professionnels (infirmières, techniciens) à cause des meilleures conditions d'emploi à Ottawa et certification québécoise requise au Québec ▪ Augmentation continue du nombre de spécialistes depuis 2000
Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implication des médecins dans l'organisation de l'offre de services (p.ex. initiative des pédiatres de faire seulement 2^{ème} et 3^{ème} ligne) ▪ 40% de la population se fait soigner à Ottawa dans des hôpitaux universitaires (avant 1990) ▪ Début du projet de rapatriement de la clientèle d'Ottawa vers l'Outaouais (80%) (1990) ▪ Création de la régie régionale de l'Outaouais (1992) ▪ Rapatriement : phase II (1995) et phase III (2000) ▪ Plan de consolidation de la transformation (1998) ▪ Création de l'Agence de l'Outaouais et de 5 CSSS ▪ Fusion d'établissements CLSC et CHSLD ; certains CH aussi ▪ Virage ambulatoire : on mise sur les CHSLD, services à domicile des CLSC et fermeture de lits pour libérer de l'espace pour les nouvelles spécialités (1996) ▪ 1^{er} GMF accrédité (2003) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étant donné le nombre de spécialistes, les services spécialisés sont offerts en continu ▪ Corridor de services entre la région et Ottawa pour services non disponibles ▪ Rapatriement : développement de nouveaux services spécialisés autofinancés (1990) ▪ Plan d'action de la PSBE (dont maladies cardiovasculaires) (1994) ▪ Programme régional de services pour personnes diabétiques (1994) ▪ Compressions budgétaires : développement de services spécialisés (1995) ▪ Développement d'un programme de suivi des patients diabétiques (2001-2002) ▪ Mise sur pied des projets cliniques (2004) ▪ Début du souci des listes d'attente : définition et uniformisation de celles-ci (2002) ▪ Fusion d'établissements CLSC, CHSLD et CH: facilite le suivi des maladies chroniques (1996)

7.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de l'Outaouais : ratios et équivalents temps plein (ETP)*

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	0,96	0,82	0,59	0,59
1992	1,00	0,83	0,61	0,57
1993	0,99	0,85	0,59	0,55
1994	1,00	0,87	0,61	0,56
1995	1,03	0,87	0,61	0,56
1996	0,99	0,87	0,62	0,57
1997	1,00	0,87	0,62	0,57
1998	0,96	0,86	0,61	0,59
1999	0,95	0,85	0,61	0,57
2000	0,98	0,87	0,60	0,55
2001	0,96	0,85	0,58	0,57
2002	0,94	0,84	0,61	0,58
2003	0,91	0,82	0,60	0,58
2004	0,87	0,82	0,64	0,57
2005	0,91	0,81	0,65	0,57

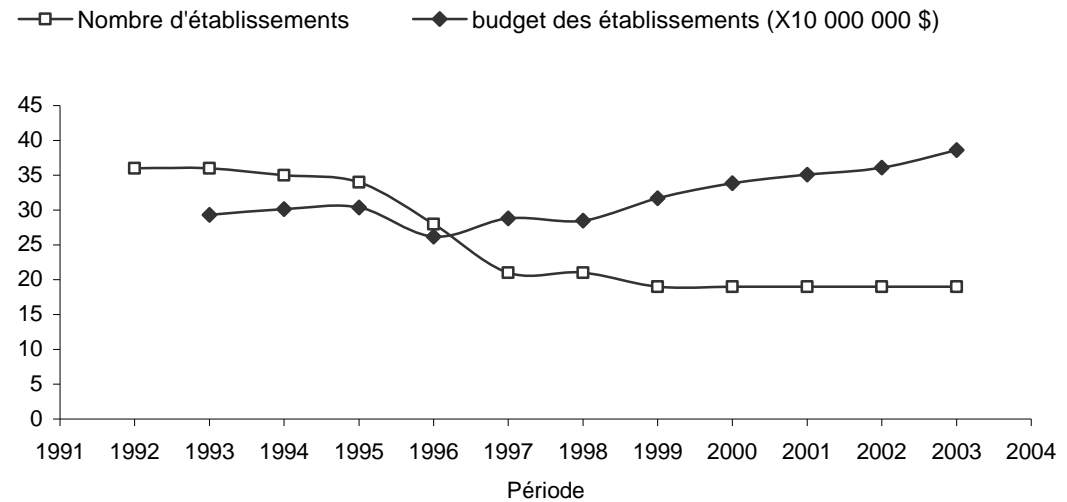


* ETP : calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

7.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de l'Outaouais

Années	Nombre d'établissements publics	Nombre d'établissements privés	Budget net de fonctionnement des établissements
1992-1993	36 publics et privés		n.d.
1993-1994	36 publics et privés		293 300 016\$
1994-1995	31	4	301 404 885\$
1995-1996	30	4	303 873 257\$
1996-1997	24	4	261 880 197\$
1997-1998	17	4	288 285 304\$
1998-1999	18	3	284 945 131\$
1999-2000	17	2	316 975 417\$
2000-2001	17	2	338 496 814\$
2001-2002	17	2	350 739 447\$
2002-2003	17	2	361 119 169\$
2003-2004	17	2	386 082 305\$

n.d. : non disponible



Sources :

Effectifs médicaux : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS

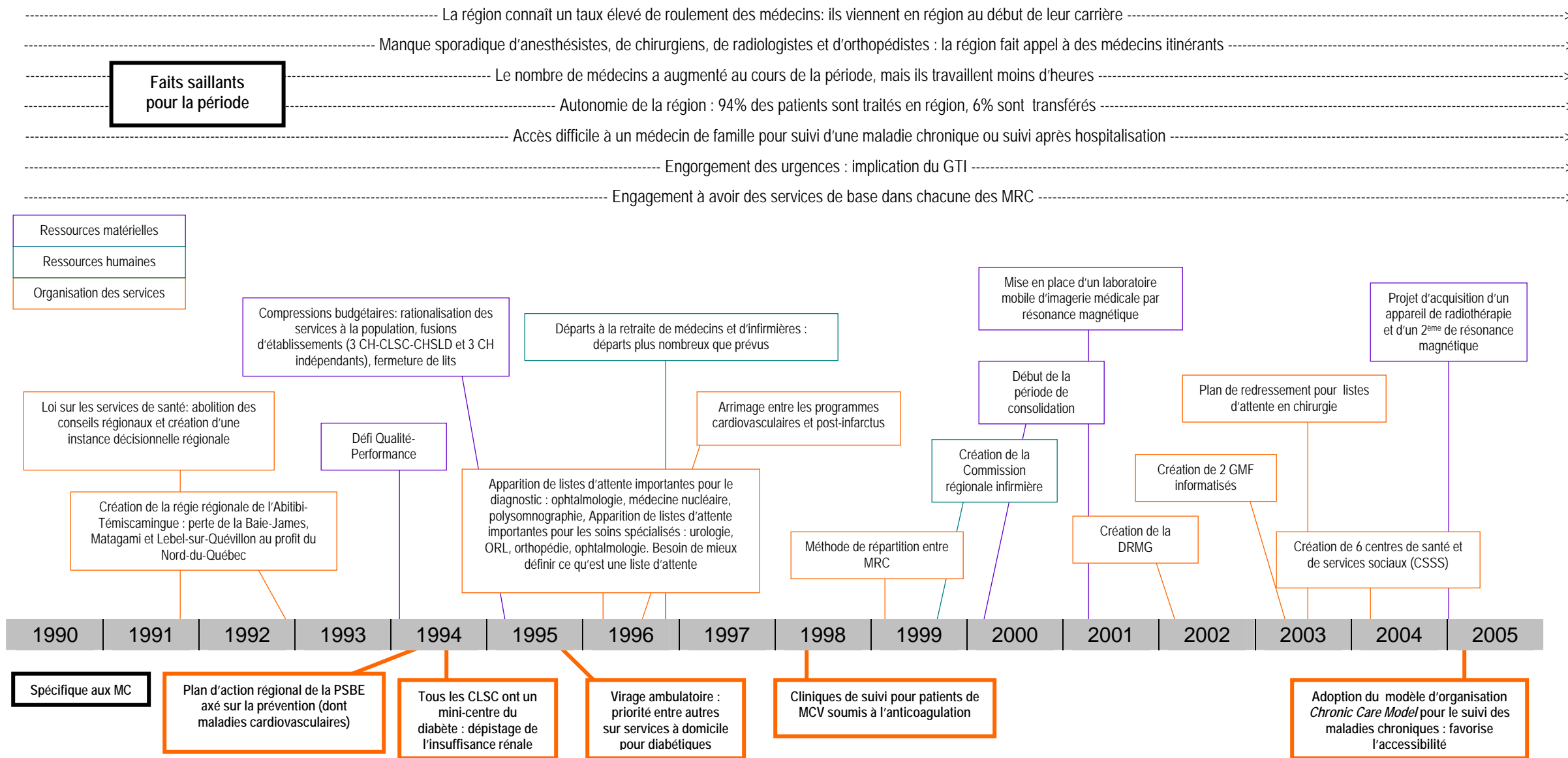
Autres informations : sources diversifiées, principalement les rapports annuels d'activités ou rapports annuels de gestion de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, pour les années 1991-1992 à 2005-2006; et les rapports annuels du MSSS, de 1990-1991 à 2004-2005.

Principales tendances observées pour la région de l'Outaouais

La région de l'Outaouais a la particularité d'être à proximité d'Ottawa, ce qui a engendré une pénurie de spécialistes et de professionnels attirés par les meilleures conditions en Ontario. De plus, la région a dû mettre en place des stratégies de rapatriement de la clientèle vers son territoire. La région a mis en place plusieurs programmes d'organisation des soins pour la clientèle diabétique notamment, en plus de développer des services spécialisés.

Région 8 : Abitibi-Témiscamingue

8.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de l'Abitibi-Témiscamingue entre 1991 et 2005

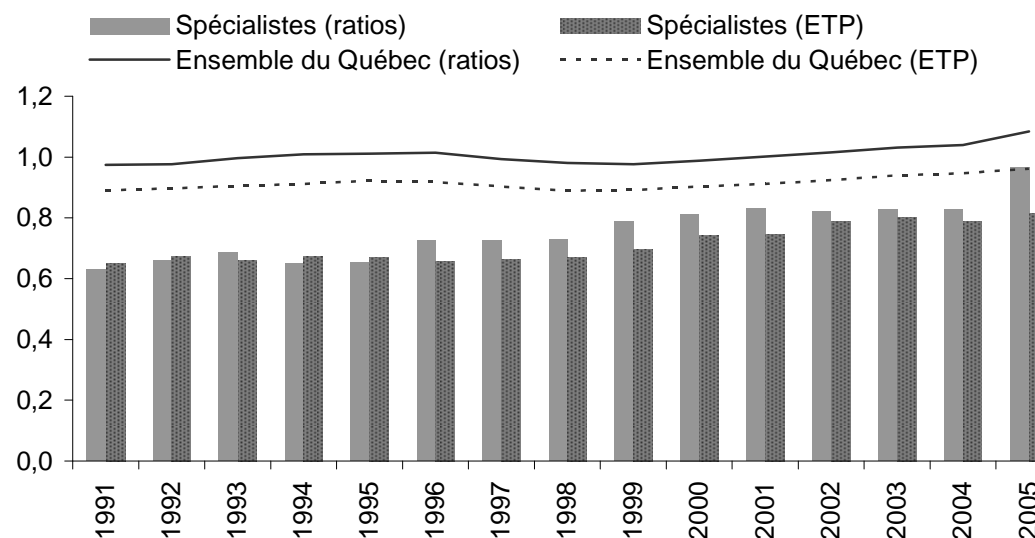
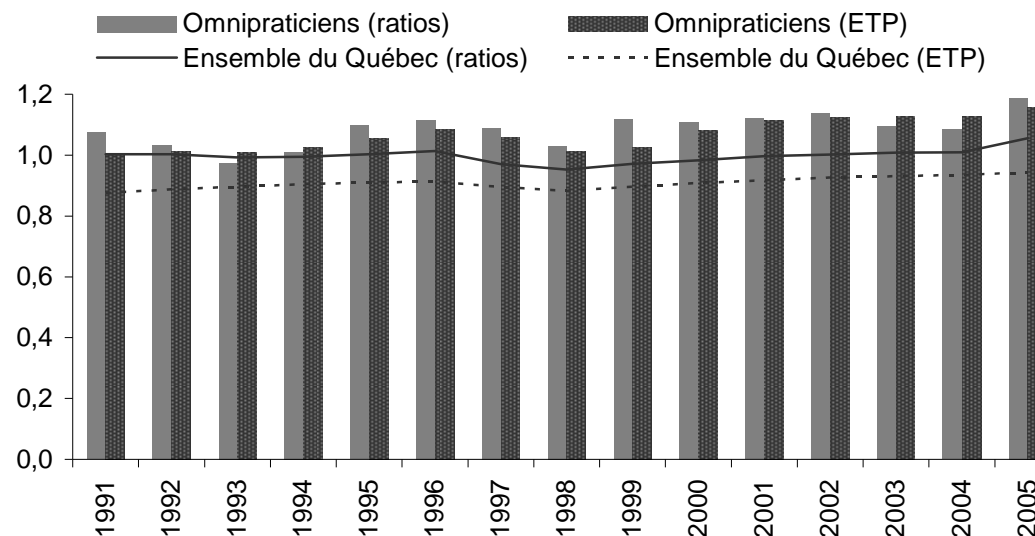


8.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de l'Abitibi-Témiscamingue entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autonomie de la région : 94% des patients sont traités en région, 6% sont transférés ▪ Défi Qualité-Performance (1994) ▪ Début de la période de consolidation (2000) ▪ Compressions budgétaires : rationalisation des services à la population (1995) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet d'acquisition d'un appareil de radiothérapie (2005) ▪ Mise en place d'un laboratoire mobile d'imagerie médicale par résonance magnétique (2001) ▪ Projet d'acquisition d'un 2^{ème} appareil de résonance magnétique (2005)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bon taux de roulement des médecins : ils viennent en région au début de leur pratique ▪ Le nombre de médecins a augmenté au cours de la période, mais les médecins travaillent moins d'heures qu'auparavant ▪ Départ à la retraite de médecins et d'infirmières : départs plus nombreux que prévus (1996-1997) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque sporadique d'anesthésistes, de chirurgiens, de radiologistes et d'orthopédistes : la région fait appel à des médecins itinérants ▪ Accès difficile à un médecin de famille pour suivi de maladies chroniques ou suivi après hospitalisation
Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Loi sur les services de santé : abolition des conseils régionaux et création d'une instance décisionnelle régionale (1991) ▪ Création de la régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue : perte de la Baie-James, Matagami et Lebel-sur-Quévillon au profit du Nord-du-Québec (1992) ▪ Méthode de répartition des ressources entre les MRC (1999) ▪ Création de la Commission régionale infirmière (1999) ▪ Création de la Direction régionale de médecine générale (2002) ▪ Création de 6 centres de santé et de services sociaux (CSSS) (2004) ▪ Engorgement des urgences : implication du GTI ▪ Engagement à offrir des services de base dans chacune des MRC ▪ Compressions budgétaires entraînent la fusion d'établissements (3 CH-CLSC-CHSLD et 3 CH indépendants) et la fermeture de lits (1996) ▪ Création de 2 GMF informatisés (2003) ▪ Création de l'Agence et des CSSS (2004) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan d'action régionale de la PSBE axé sur la prévention (dont les maladies cardiovasculaires) (1994) ▪ Tous les CLSC ont un mini-centre du diabète : dépistage de l'insuffisance rénale (1994) ▪ Virage ambulatoire : priorité entre autres sur les services à domicile pour diabétiques (1996) ▪ Arrimage entre programmes cardiovasculaires et post-infarctus (1996) ▪ Cliniques de suivi des patients MCV soumis à l'anticoagulation (1998) ▪ Apparition de listes d'attente pour le diagnostic en ophtalmologie, médecine nucléaire et polysomnographie (1995-1996) ▪ Apparition de listes d'attente pour les soins spécialisés en urologie, ORL, orthopédie et ophtalmologie. Besoin de définir ce qu'est une liste d'attente. (1995-1996) ▪ Plan de redressement des listes d'attente en chirurgie (2003) ▪ Adoption du modèle d'organisation <i>Chronic Care Model</i> pour le suivi des maladies chroniques (favorise l'accessibilité) (2005)

8.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de l'Abitibi-Témiscamingue : ratios et équivalents temps plein (ETP)*

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	1,07	1,00	0,63	0,65
1992	1,03	1,01	0,66	0,67
1993	0,98	1,01	0,68	0,66
1994	1,01	1,03	0,65	0,67
1995	1,10	1,06	0,65	0,67
1996	1,12	1,08	0,72	0,66
1997	1,09	1,06	0,72	0,66
1998	1,03	1,01	0,73	0,67
1999	1,12	1,02	0,79	0,70
2000	1,11	1,08	0,81	0,74
2001	1,12	1,12	0,83	0,75
2002	1,14	1,12	0,82	0,79
2003	1,10	1,13	0,83	0,80
2004	1,08	1,13	0,83	0,79
2005	1,19	1,16	0,97	0,82

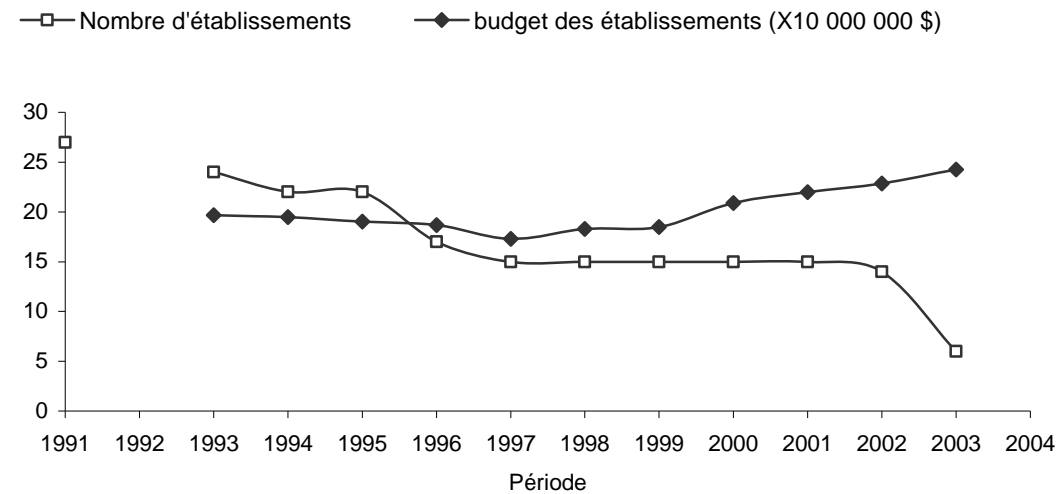


* ETP : calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

8.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de l'Abitibi-Témiscamingue

Années	Nombre d'établissements (publics)	Budget net de fonctionnement des établissements
1991-1992	27	n.d.
1992-1993	n.d.	n.d.
1993-1994	24	196 762 641\$
1994-1995	22	194 846 660\$
1995-1996	22	190 129 087\$
1996-1997	17	186 851 618\$
1997-1998	15	172 936 672\$
1998-1999	15	182 832 953\$
1999-2000	15	184 837 007\$
2000-2001	15	208 909 381\$
2001-2002	15	219 910 748\$
2002-2003	14	228 326 702\$
2003-2004	6	242 407 179\$

n.d. : non disponible



Sources :

Effectifs médicaux : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS

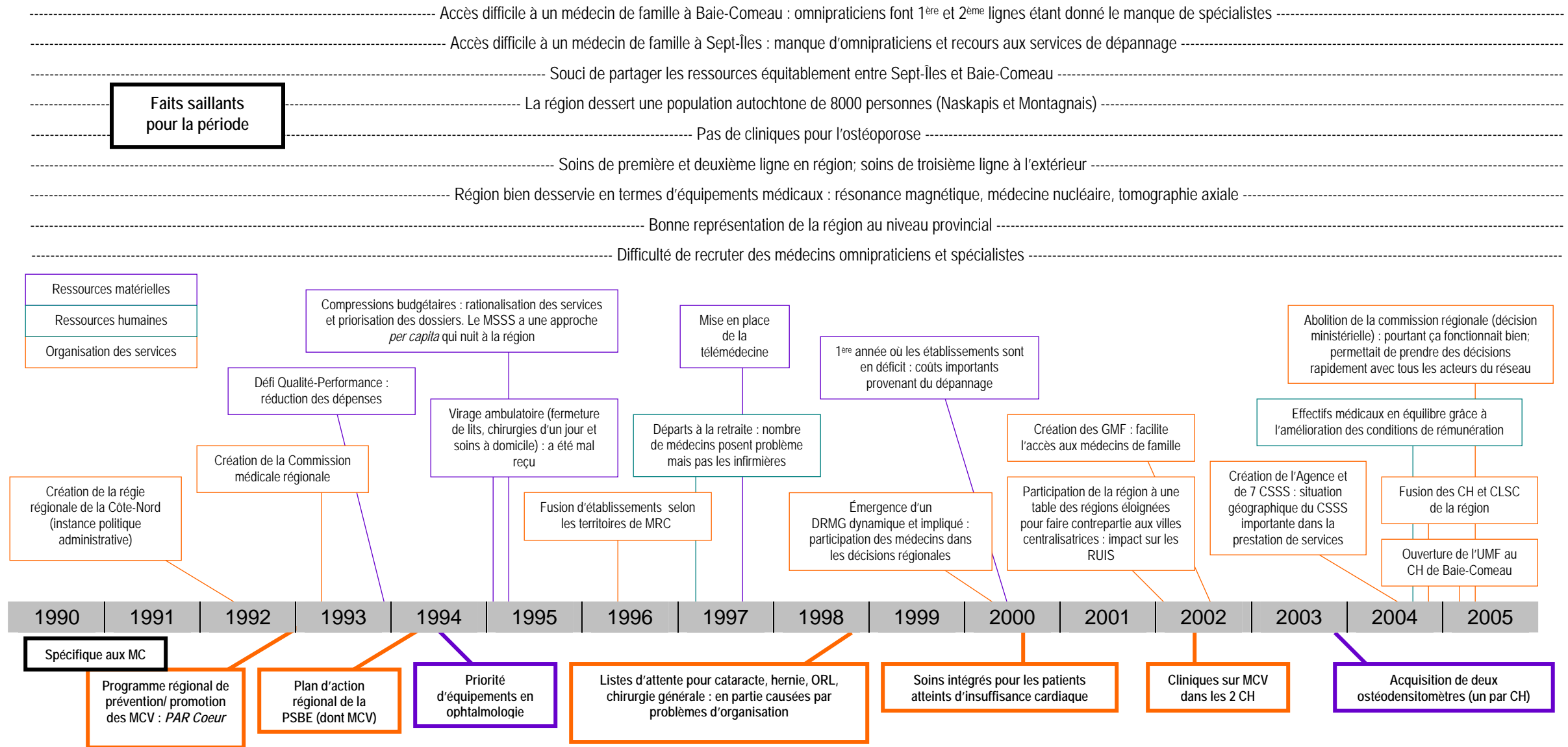
Autres informations : sources diversifiées, principalement les Rapports annuels d'activités ou rapports annuels de gestion de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, pour les années 1991-1992 à 2005-2006; et les rapports annuels du MSSS, de 1990-1991 à 2004-2005.

Principales tendances observées pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue

La région de l'Abitibi-Témiscamingue a connu une baisse notable du nombre d'établissements de santé, passant de 27 à seulement 6 établissements entre 1991 et 2004. Les compressions budgétaires ont également entraîné plusieurs fermetures de lits dans la région. Malgré des pénuries ponctuelles dans certaines spécialités et la difficulté d'accès à un omnipraticien pour les suivis des maladies chroniques, ainsi que les problèmes dans les urgences et les listes d'attentes, seulement 6% des patients de la région sont transférés à l'extérieur pour la prestation des soins. L'Abitibi-Témiscamingue est par ailleurs bien pourvue en termes de programmes divers visant la prévention, le traitement et le suivi des maladies chroniques.

Région 9 : Côte-Nord

9.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de la Côte-Nord entre 1991 et 2005.



9.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de la Côte-Nord entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défi Qualité-Performance : réduction des dépenses (1994) ▪ Compressions budgétaires : le MSSS adopte une approche <i>per capita</i> qui nuit à la région (1995) ▪ 1^{re} année où les établissements sont en déficit : coûts importants provenant du dépannage (2000) ▪ Souci de partager les ressources équitablement entre Sept-Îles et Baie-Comeau ▪ Mise en place de la télémédecine (1997) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Région bien desservie en terme d'équipements médicaux : résonance magnétique, médecine nucléaire, tomographie axiale ▪ Priorité d'équipement en ophtalmologie (1994) ▪ Acquisition de deux ostéodensitomètres : un par CH (2003)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté de recruter des médecins omnipraticiens et des spécialistes. ▪ Manque d'omnipraticiens à Sept-Iles ▪ Départs à la retraite : le nombre de médecins pose problème, mais pas les infirmières (1997) ▪ Effectifs médicaux de la région en équilibre à cause de l'amélioration des conditions de rémunération (2004) ▪ Accès difficile à un médecin de famille à Baie-Comeau, parce qu'omnipraticiens font première et deuxième lignes étant donné le manque de spécialistes ▪ Accès difficile à un médecin de famille à Sept-Îles, car manque d'omnipraticiens : recours au dépannage 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de spécialistes à Baie-Comeau ▪ Pas d'hémato-oncologue en région

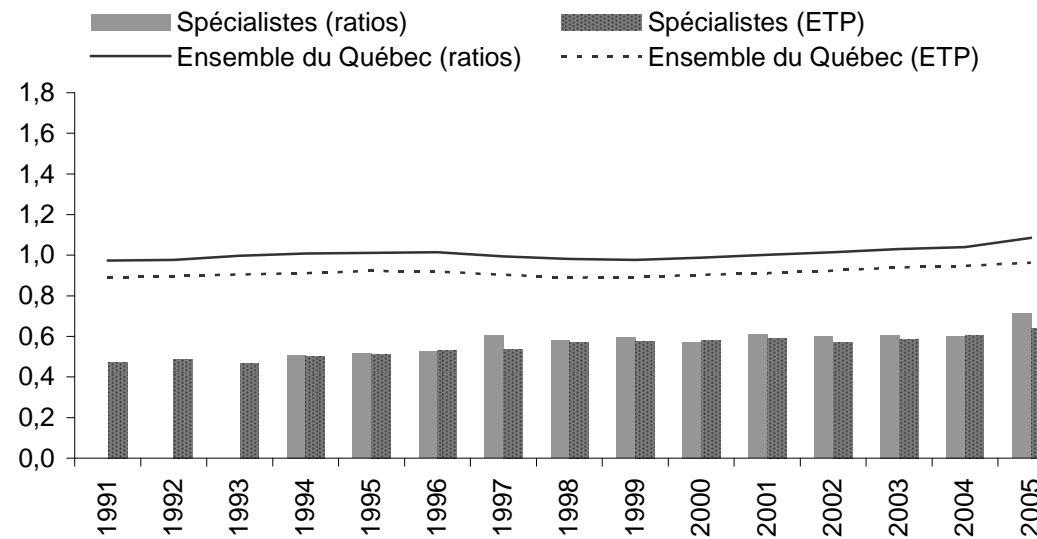
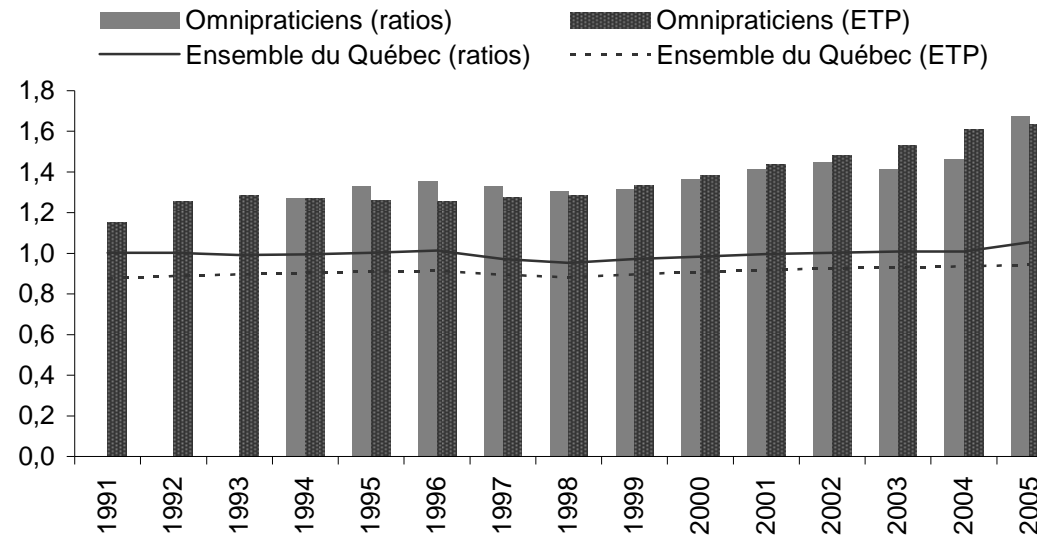
9.2 suite : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de la Côte-Nord entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
<p>Organisation des services</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bonne représentation de la région au niveau provincial ▪ Création de la régie régionale de la Côte-Nord (instance politique administrative) (1992) ▪ Création de la Commission médicale régionale (1993) ▪ Émergence d'un DRMG dynamique et impliqué : participation des médecins aux décisions régionales (2000) ▪ Participation de la région à une table des régions éloignées pour faire contrepartie aux villes centralisatrices : impact sur les RUIS (2002) ▪ Ouverture de l'UMF au CH de Baie-Comeau (2005) ▪ Abolition de la commission régionale médicale (décision ministérielle) ; pourtant, ça fonctionnait bien : permettait de prendre des décisions rapidement avec tous les acteurs du réseau (2005) ▪ Virage ambulatoire (fermeture de lits, chirurgies d'un jour et soins à domicile) : mal reçu (1995) ▪ Compressions budgétaires entraînent une rationalisation des services et une priorisation des dossiers (1995). ▪ Fusions d'établissement selon les territoires de MRC (1996) ▪ Création des GMF : facilite l'accès à un médecin de famille (2002) ▪ Fusion des CH et CLSC de la région (2004) ▪ Création de l'Agence et de 7 CSSS : situation géographique des CSSS très importante dans la prestation des soins (2004) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins de première et deuxième ligne en région; soins de troisième ligne à l'extérieur. ▪ Pas de cliniques pour l'ostéoporose ▪ Programme de prévention/ promotion des MCV : <i>PAR Cœur</i> (1993) ▪ Plan régional de la PSBE (dont MCV) (1994) ▪ Cliniques sur MCV dans les 2 CH (2002) ▪ Listes d'attente pour cataracte, hernie, ORL, chirurgie générale : en partie causées par des problèmes d'organisation (1998) ▪ Soins intégrés pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque (2000)

9.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de Côte-Nord : ratios et équivalents temps plein (ETP)*

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	n.d.	1,15	n.d.	0,47
1992	n.d.	1,25	n.d.	0,49
1993	n.d.	1,28	n.d.	0,47
1994	1,27	1,27	0,51	0,50
1995	1,33	1,26	0,52	0,51
1996	1,36	1,26	0,53	0,53
1997	1,33	1,28	0,60	0,54
1998	1,30	1,28	0,58	0,57
1999	1,32	1,33	0,60	0,58
2000	1,37	1,39	0,57	0,58
2001	1,41	1,44	0,61	0,59
2002	1,45	1,48	0,60	0,57
2003	1,42	1,53	0,61	0,59
2004	1,46	1,61	0,60	0,61
2005	1,67	1,63	0,71	0,64

n.d. : non disponible

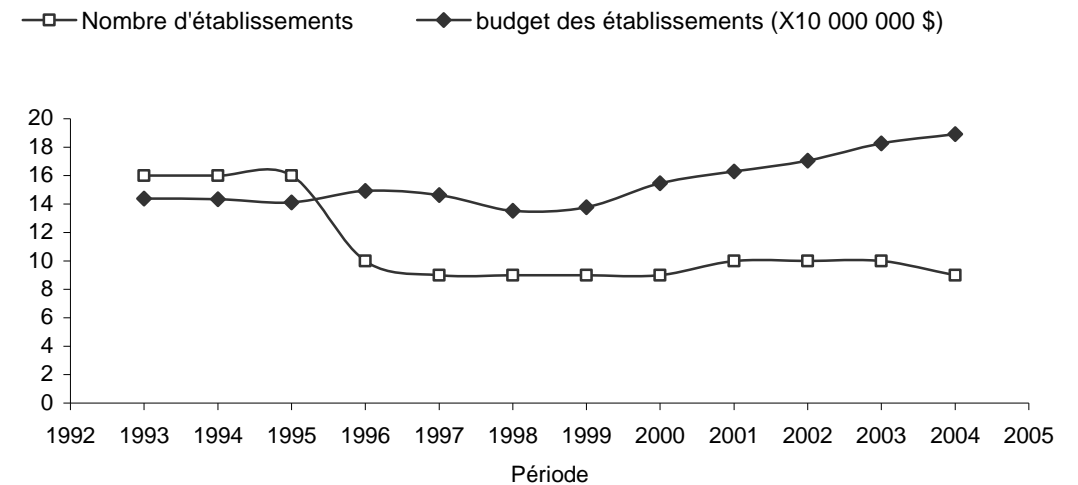


* ETP : calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

9.4 : Nombre d'établissements, de lits et budgets de fonctionnement de la région de la Côte-Nord

Années	Nombre d'établissements publics	Nombre de lits dressés en CH	Budget net de fonctionnement des établissements	Budget brut de fonctionnement des établissements
1993-1994	16	n.d.	-	143 712 279\$
1994-1995	16	330	-	143 369 224\$
1995-1996	16	277	-	141 219 877\$
1996-1997	10	243	-	149 283 009\$
1997-1998	9	218	-	146 367 539\$
1998-1999	9	217	135 331 293\$	144 567 533\$
1999-2000	9	225	137 672 256\$	-
2000-2001	9	217	154 657 414\$	-
2001-2002	10	217	162 938 971\$	-
2002-2003	10	223	170 509 034\$	-
2003-2004	10	223	182 784 986\$	-
2004-2005	9	n.d.	189 161 969\$	-

n.d. non disponible



Sources :

Effectifs médicaux : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS

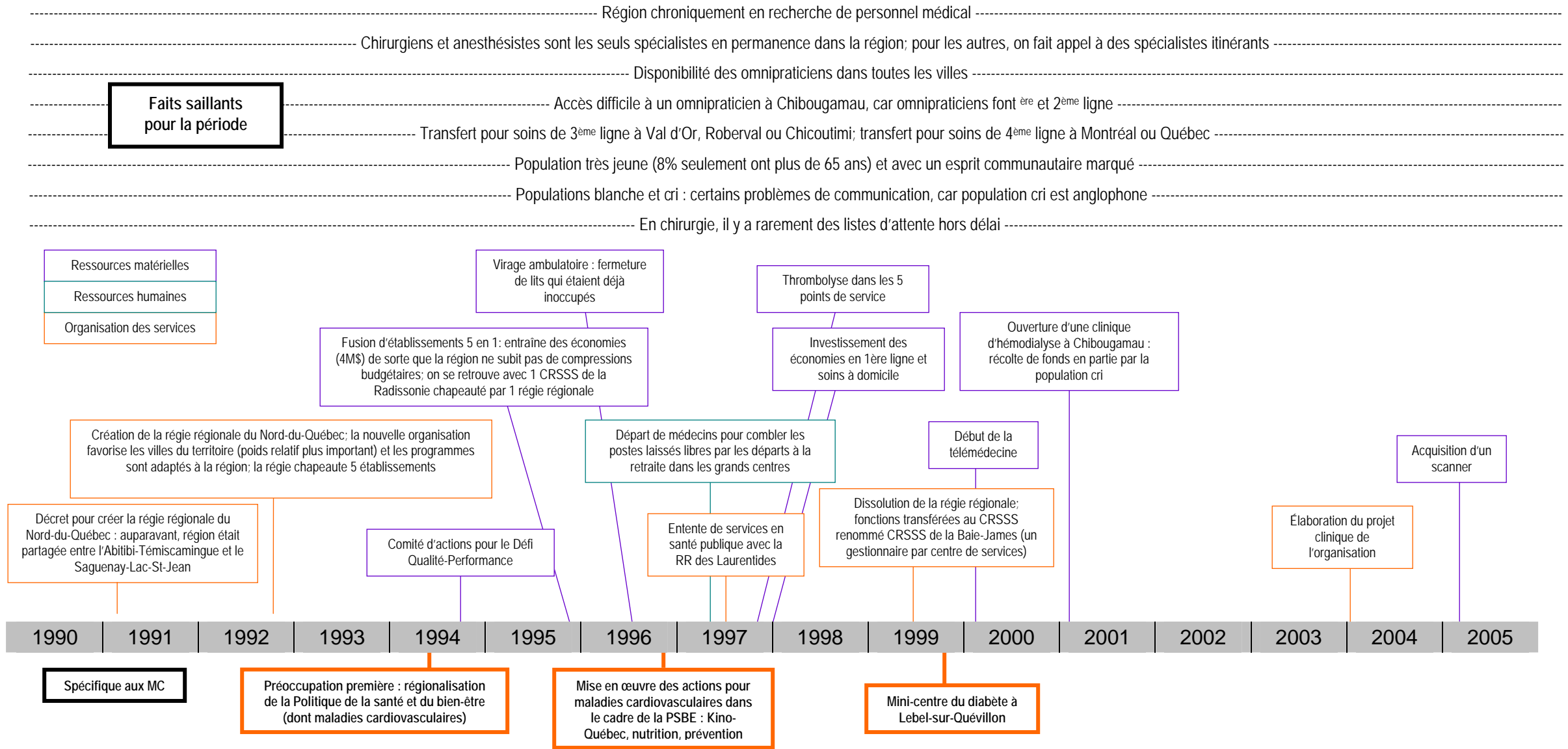
Autres informations : sources diversifiées, principalement les rapports annuels d'activités ou rapports annuels de gestion de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, pour les années 1991-1992 à 2005-2006; et les rapports annuels du MSSS, de 1990-1991 à 2004-2005.

Principales tendances observées pour la région de la Côte-Nord

En tant que région éloignée, la Côte-Nord est particulièrement touchée par le manque de ressources en effectifs médicaux. Il y a un manque de spécialistes tandis que les omnipraticiens assurent les services médicaux de 1^{ère} et de 2^{ème} ligne, les services de 3^{ème} ligne se faisant à l'extérieur de la région. La situation de manque d'effectifs médicaux a toutefois commencé à s'améliorer à partir des années 2000. Il semble également que la région de la Côte-Nord ait connu des difficultés avec certaines décisions gouvernementales, concernant notamment les réductions des dépenses et le virage ambulatoire, quoique la région soit bien impliquée au niveau provincial dans certaines décisions, et soit bien desservie en termes d'équipements médicaux.

Région 10 : Nord-du-Québec

10.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région du Nord-du-Québec entre 1991 et 2005



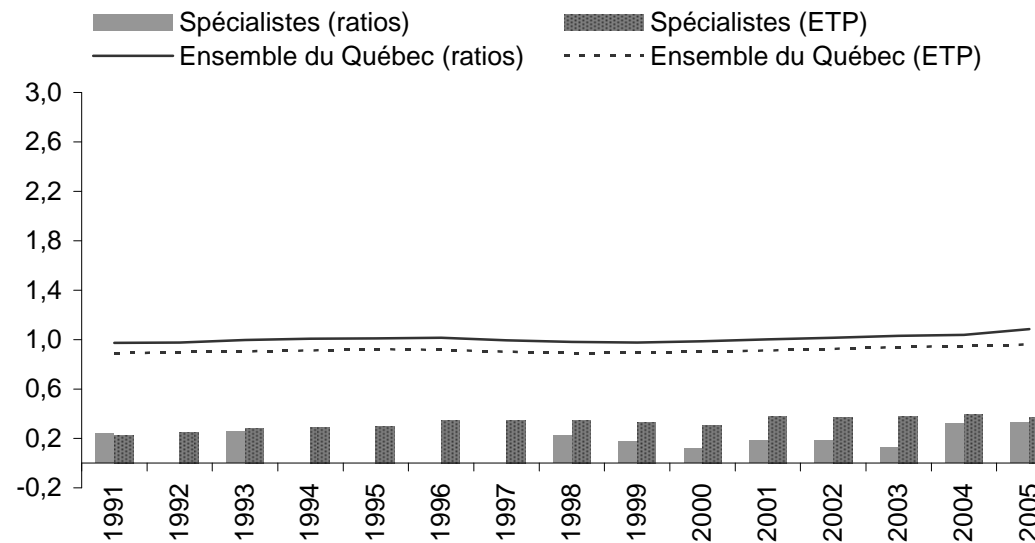
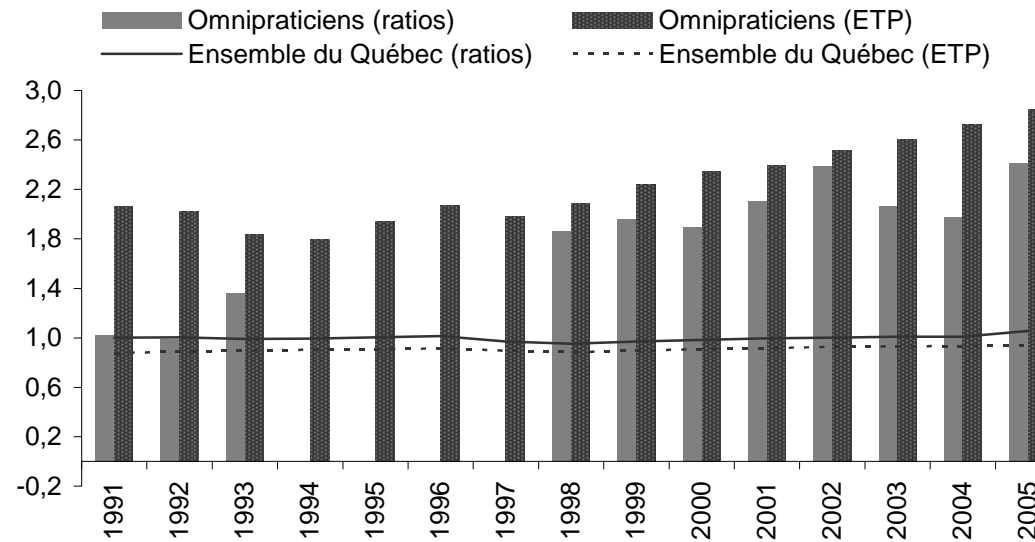
10.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région du Nord-du-Québec entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise sur pied d'un comité d'action pour Défi Qualité-Performance (1994) ▪ Pas de compressions budgétaires, car la fusion d'établissements entraîne des économies (1996) ▪ Investissements des économies en 1^{ère} ligne et soins à domicile (1997) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouverture d'une clinique d'hémodialyse à Chibougamau : récolte de fonds en partie par la population cri (2001) ▪ Acquisition d'un scanner (2005) ▪ Début de la télémédecine (2000) ▪ Thrombolyse dans les 5 points de service (1997)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Région chroniquement en recherche de personnel médical ▪ Disponibilité d'omnipraticiens dans toutes les villes ▪ Départ de médecins pour combler les postes laissés libres par le départ à la retraite dans les grands centres (1997) ▪ Accès difficile à un omnipraticien à Chibougamau, car ils font de la première et deuxième ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirugiens et anesthésistes sont les seuls spécialistes en permanence dans la région ; pour les autres, on fait appel à des spécialistes itinérants
Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décret pour créer la régie régionale du Nord-du-Québec ; auparavant, la région était partagée entre l'Abitibi-Témiscamingue et le Saguenay-Lac-St-Jean (1991) ▪ Création de la régie régionale du Nord-du-Québec : nouvelle organisation favorise les villes du territoire (poids relatif plus grand) et les programmes sont adaptés à la région (1992) ▪ Entente de services en santé publique avec la RR des Laurentides (1997) ▪ Dissolution de la régie régionale du Nord-du-Québec : fonctions transférées au CRSSS qui est renommé CRSSS de la Baie-James (1 gestionnaire par centre de services) (1999) ▪ 5 établissements (1992) ▪ Fusion d'établissement 5 en 1 qui devient le CRSSS de la Radissonie (1996) ▪ Virage ambulatoire : fermeture de lits déjà inoccupés (1996) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transfert pour les soins de 3^{ème} ligne à Val d'Or, Roberval ou Chicoutimi ; transfert pour les soins de 4^{ème} ligne à Montréal ou Québec ▪ Préoccupation première : régionalisation de la PSBE (dont maladies cardiovasculaires) (1994) ▪ Mise en œuvre des actions pour maladies cardiovasculaires dans le cadre de la PSBE : nutrition, KINO-Québec et prévention (1996) ▪ Mini-centre du diabète à Lebel-sur-Quévillon (1999) ▪ Élaboration du projet clinique de l'organisation (2004) ▪ En chirurgie, il y a rarement de listes d'attente hors délai

10.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région du Nord-du-Québec : ratios et équivalents temps plein (ETP)*

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	1,02	2,06	0,24	0,22
1992	0,99	2,02	0,00	0,25
1993	1,37	1,84	0,25	0,28
1994	n.d.	1,80	n.d.	0,29
1995	n.d.	1,95	n.d.	0,30
1996	n.d.	2,07	n.d.	0,34
1997	n.d.	1,98	n.d.	0,35
1998	1,86	2,09	0,23	0,35
1999	1,96	2,24	0,17	0,33
2000	1,89	2,35	0,12	0,31
2001	2,11	2,40	0,18	0,38
2002	2,39	2,52	0,18	0,37
2003	2,06	2,61	0,13	0,38
2004	1,98	2,72	0,32	0,39
2005	2,41	2,85	0,33	0,37

n.d. : non disponible

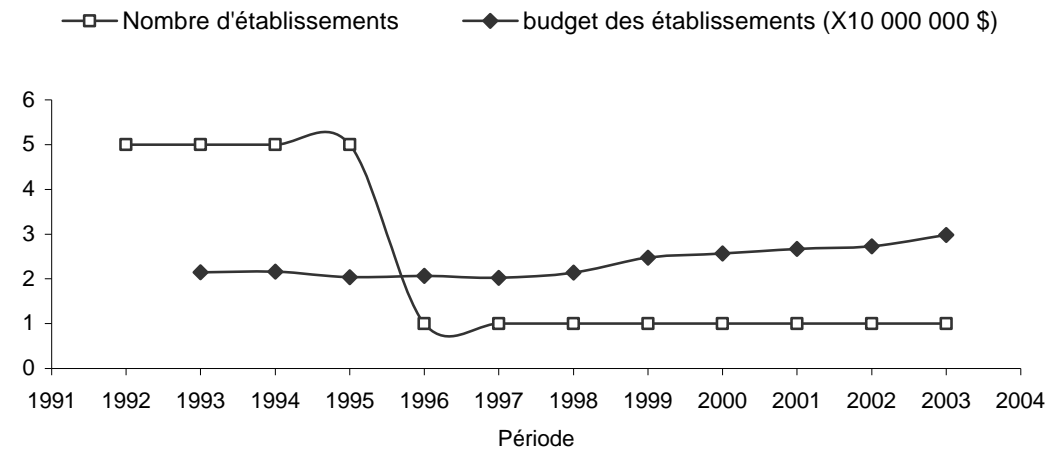


* ETP : calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

10.4 : Nombre d'établissements et revenus des établissements de la région du Nord-du-Québec

Années	Nombre d'établissements	Revenus des établissements provenant du MSSS et RR
1992-1993	5	n.d.
1993-1994	5	21 465 105\$
1994-1995	5	21 640 196\$
1995-1996	5	20 353 083\$
1996-1997	1	20 676 688\$
1997-1998	1	20 268 669\$
1998-1999	1	21 384 676\$
1999-2000	1	24 760 673\$
2000-2001	1	25 692 601\$
2001-2002	1	26 728 388\$
2002-2003	1	27 300 172\$
2003-2004	1	29 851 663\$

n.d. : non disponible



Sources :

Effectifs médicaux : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS

Autres informations : sources diversifiées, principalement les rapports annuels d'activités ou rapports annuels de gestion de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec, pour les années 1991-1992 à 2005-2006; et les rapports annuels du MSSS, de 1990-1991 à 2004-2005.

Principales tendances observées pour la région du Nord-du-Québec

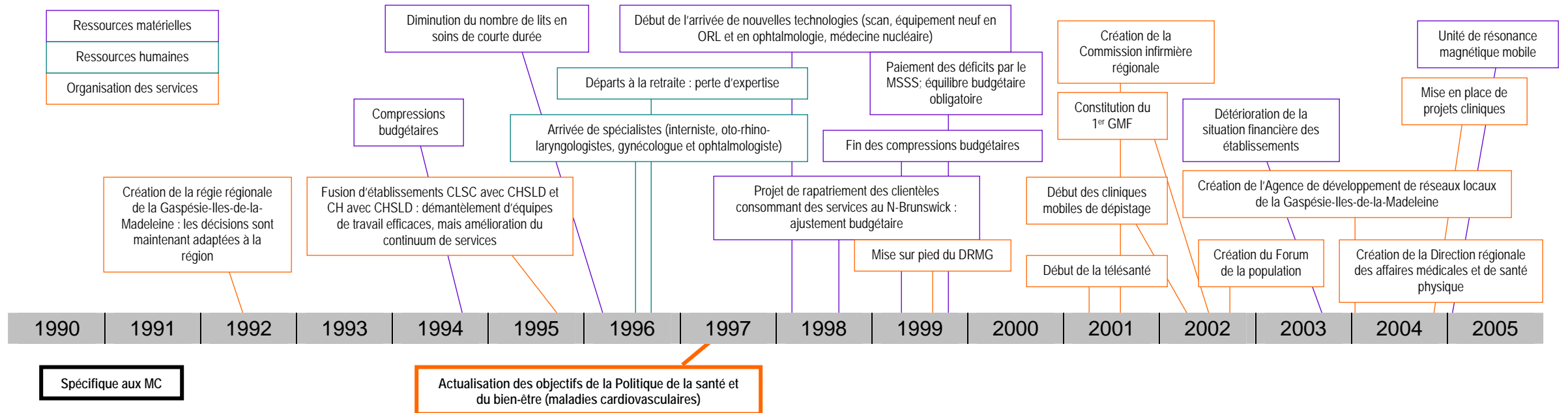
Cette région éloignée connaît aussi un manque d'effectifs médicaux : recours aux médecins itinérants, omnipraticiens assurant les soins de 1^{ère} et 2^{ème} ligne et transfert des patients à l'extérieur de la région pour les soins de 3^{ème} et 4^{ème} ligne. Par contre, les compressions budgétaires et le virage ambulatoire n'ont pas semblé affecter négativement cette région.

Région 11 : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

11.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine entre 1991 et 2005

----- Des associations régionales pour le diabète et les maladies du cœur font de la prévention/ promotion -----
 ----- Les médecins de première ligne font aussi de la deuxième ligne : polyvalence des médecins -----
 ----- L'unité de médecine familiale de Gaspé facilite le recrutement et la rétention des médecins -----
 ----- Compétition entre établissements pour l'obtention des ressources -----
 ----- Diminution des dépenses en développement de la région, car population décroissante -----
 ----- Ruptures de service plus fréquentes qu'en centres urbains -----
 ----- Déplacement intra et extra régional des patients pour certains services -----
 ----- Internistes s'occupent des maladies cardiovasculaires, du diabète et de l'ostéoporose (pas de cardiologue, ni d'endocrinologue) -----
 ----- Accès difficile à un médecin de famille dans certaines villes (ex. Gaspé) -----
 ----- Engorgement des urgences pas important : respect des normes du GTI -----
 ----- Listes d'attente moins longues qu'ailleurs au Québec -----

Faits saillants pour la période



11.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminution des dépenses de développement de la région, car population décroissante ▪ Compressions budgétaires (1995) ▪ Projet de rapatriement : ajustements budgétaires (1998) ▪ Fin des compressions budgétaires (1999) ▪ Paiement des déficits par le MSSS ; équilibre budgétaire obligatoire (1999) ▪ Détérioration de la situation financière des établissements (2003) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Début de l'arrivée de nouvelles technologies en région : tomodesitomètre, équipement neuf d'ORL, d'ophtalmologie, médecine nucléaire (1999) ▪ Début de la télésanté (cardiologie, orthopédie) (2000) ▪ Début des cliniques mobiles de dépistage (radiologie osseuse) (2002) ▪ Unité de résonance magnétique mobile (2005)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fusions d'établissements : démantèlement d'équipes de travail efficaces (1995-1998) ▪ Départs à la retraite : perte d'expertise (1996-1997) ▪ L'UMF de Gaspé facilite le recrutement et la rétention des médecins en région ▪ Les médecins de première ligne font aussi de la deuxième ligne : polyvalence des médecins ▪ Accès difficile à un médecin de famille dans certaines villes (ex. Gaspé) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arrivée de spécialistes : interniste, oto-rhino-laryngologiste, gynécologue, ophtalmologiste (1996) ▪ Internistes s'occupent de diabète, maladies cardiaques et d'ostéoporose (pas de cardiologue, ni d'endocrinologue)

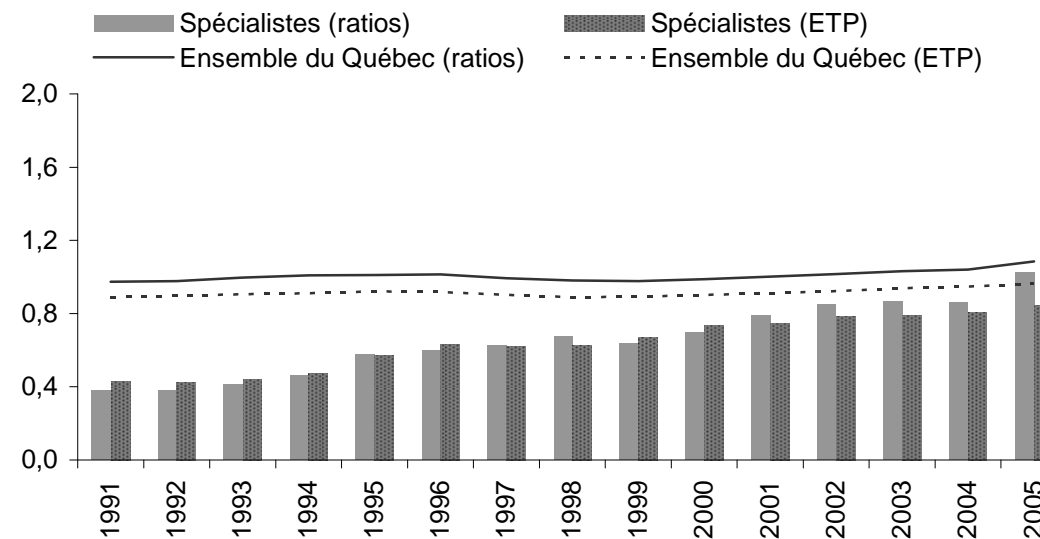
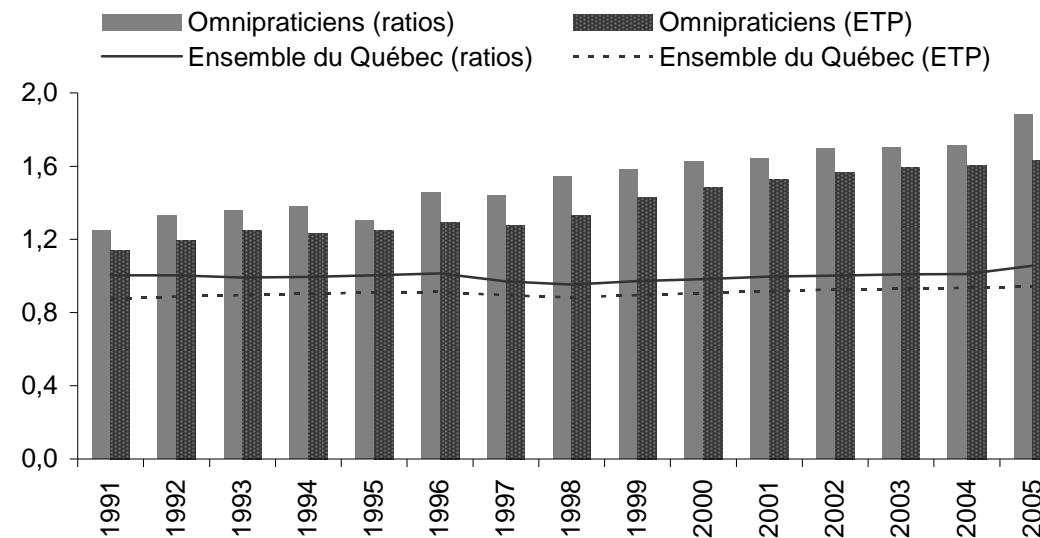
11.2 suite : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
<p>Organisation des services</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compétition entre établissements pour l'obtention des ressources ▪ Ruptures de services plus fréquentes qu'en centres urbains ▪ Création de la régie régionale de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine : les décisions sont maintenant adaptées à la région (1992) ▪ Mise sur pied du DRMG (1999) ▪ Création de la Commission infirmière régionale (2001) ▪ Création du Forum de la population (2002) ▪ Création de l'Agence de développement de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (2004) ▪ Création de la Direction des affaires médicales et de santé physique (2004) ▪ Déplacement intra et extra régional des patients pour certains services. ▪ Engorgement des urgences pas important : respect des normes de GTI ▪ Listes d'attente moins longues qu'ailleurs au Québec ▪ Fusions d'établissements CLSC-CHSLD et CH-CHSLD : continuum de services (1995-1998) ▪ Diminution du nombre de lits en soins de courte durée (1996) ▪ Constitution du 1^{er} GMF (2002) ▪ Mise en place des projets cliniques (2005) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des associations régionales pour le diabète et les maladies cardiovasculaires font de la prévention/ promotion ▪ Actualisation des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être (1997) ▪ Projet de rapatriement des clients consommant des services au Nouveau-Brunswick : développement de spécialités (1998)

11.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine : ratios et équivalents temps plein (ETP)*

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	1,25	1,14	0,38	0,43
1992	1,33	1,19	0,38	0,43
1993	1,36	1,25	0,42	0,44
1994	1,38	1,23	0,46	0,47
1995	1,30	1,25	0,58	0,57
1996	1,45	1,29	0,60	0,63
1997	1,44	1,28	0,62	0,62
1998	1,55	1,33	0,67	0,63
1999	1,58	1,43	0,64	0,67
2000	1,63	1,49	0,70	0,74
2001	1,64	1,53	0,79	0,75
2002	1,70	1,57	0,85	0,78
2003	1,70	1,59	0,87	0,79
2004	1,71	1,61	0,86	0,81
2005	1,88	1,63	1,03	0,84

n.d. : non disponible

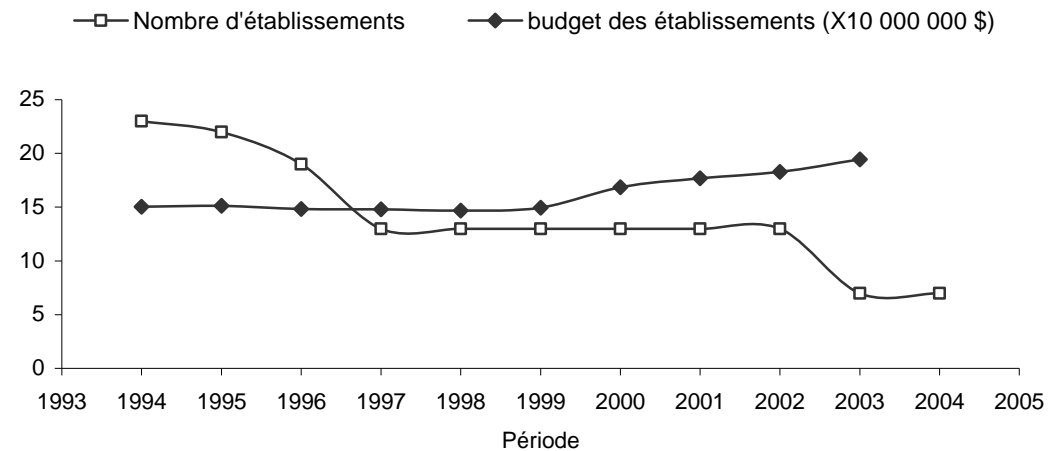


* ETP : calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

11.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Années	Nombre d'établissements publics	Nombre d'établissements privés	Budget net de fonctionnement des établissements
1994-1995	22	1	150 467 450\$
1995-1996	21	1	151 426 489\$
1996-1997	18	1	148 240 744\$
1997-1998	12	1	148 140 102\$
1998-1999	12	1	146 864 443\$
1999-2000	12	1	149 660 744\$
2000-2001	12	1	168 561 259\$
2001-2002	12	1	176 770 795\$
2002-2003	12	1	182 807 600\$
2003-2004	7	n.d.	194 549 315\$
2004-2005	7	n.d.	n.d.

n.d.: non disponible



Sources :

Effectifs médicaux : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS

Autres informations : sources diversifiées, principalement les rapports annuels d'activités ou rapports annuels de gestion de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, pour les années 1991-1992 à 2005-2006; et les rapports annuels du MSSS, de 1990-1991 à 2004-2005.

Principales tendances observées pour la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Dans la deuxième moitié des années 1990, la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a vu sa situation s'améliorer au niveau des ressources humaines par l'arrivée de nouveaux spécialistes suite aux problèmes de pertes d'expertises dans le passé, et au niveau matériel par l'acquisition d'équipements de pointe, ainsi que par des ajustements budgétaires favorables. Malgré quelques difficultés pour certains services, la région a relativement peu souffert des listes d'attentes et du problème d'engorgement des urgences.

Région 12 : Chaudière-Appalaches

12.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de Chaudière-Appalaches entre 1991 et 2005

Faits saillants pour la période

----- Changement dans la pratique : féminisation et moins d'heures travaillées -----

----- Pénurie d'ophtalmologistes, de radiologistes, d'urgentologues et d'omnipraticiens -----

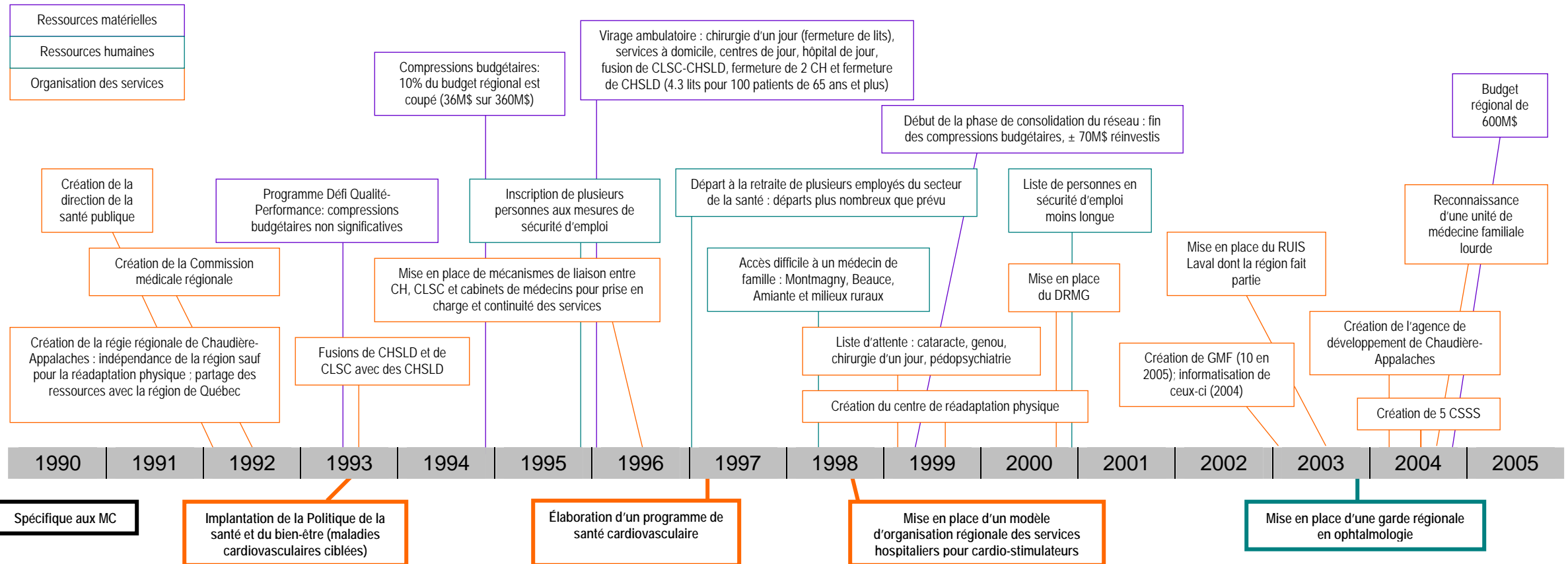
----- Soins de première et deuxième ligne en région, troisième ligne à Québec -----

----- Prévention/ promotion et soins du diabète en CH et CLSC -----

----- Prévention/ promotion et certains soins des maladies cardiovasculaires en CH et CLSC -----

----- Équipement toujours à la fine pointe : la région a acquis des équipements en résonance magnétique, une chambre hyperbare, la tomographie, l'angiographie, la dialyse rénale ; la région innove avec la télémédecine -----

----- Engorgement des urgences, mais la gestion répond aux normes du GTI -----



12.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de Chaudière-Appalaches entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partage des ressources financières avec la région de Québec suite à la création de la région régionale (1992) ▪ Programme Défi Qualité-Performance : compressions budgétaires non significatives (1993-1995) ▪ Compressions budgétaires (10% du budget régional, soit 36m\$ sur 360M\$) (1995) ▪ Consolidation du réseau : fin des compressions budgétaires, ± 70M\$ réinvestis (1998) ▪ Budget régional de 600M\$ (2005) ▪ La région innove avec la télémédecine ▪ Informatisation des GMF (2004) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pose de cardio-stimulateurs et angiographie ▪ Équipement toujours à la fine pointe : la région a acquis des équipements en résonance magnétique, une chambre hyperbare, la tomographie, l'angiographie, la dialyse rénale
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partage des ressources humaines avec la région de Québec suite à la création de la région régionale (1992) ▪ Compressions et fusions entraînent l'inscription de plusieurs personnes aux mesures de sécurité d'emploi (1996) ▪ Départ à la retraite de plusieurs employés du secteur de la santé : départs plus nombreux que prévu (1997) ▪ Liste de personnes en sécurité d'emploi moins longue (2000) ▪ Changements dans la pratique : féminisation et moins d'heures travaillées ▪ Accès difficile à un médecin de famille : Montmagny, Beauce, Amiante et milieux ruraux (1998) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pénurie d'ophtalmologistes, de radiologistes, d'urgentologues et d'omnipraticiens ▪ Mise en place d'une garde régionale en ophtalmologie (2003)

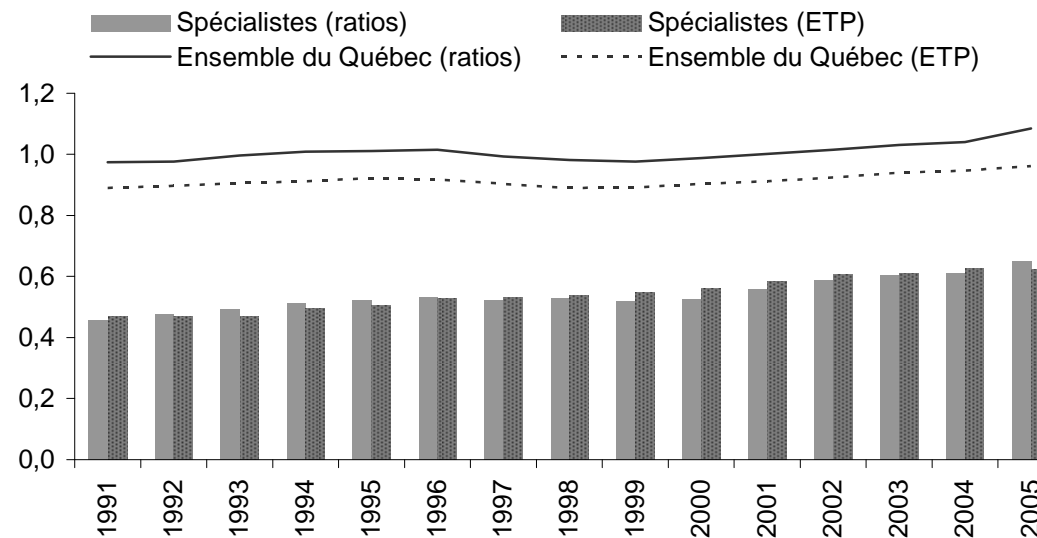
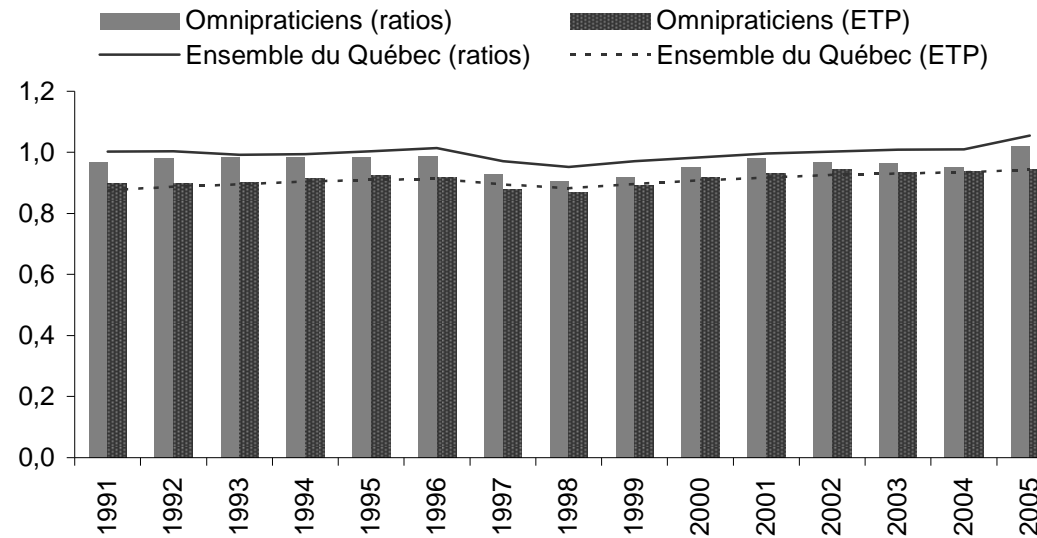
12.2 suite : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de Chaudière-Appalaches entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création de la régie régionale de Chaudière-Appalaches : indépendance de la région sauf en réadaptation physique (1992) ▪ Création de la Commission médicale régionale (1992) ▪ Création de la Direction de la santé publique (1992) ▪ Mise en place de mécanismes de liaison entre CH, CLSC et cabinets de médecins pour prise en charge et continuité des services (1996) ▪ Début de la phase de consolidation du réseau (1999) ▪ Mise en place du DRMG (2000) ▪ Création de l'Agence de développement de Chaudière-Appalaches (2004) ▪ Création de 5 CSSS (2004) ▪ Reconnaissance d'une unité de médecine familiale lourde (2004) ▪ Engorgement des urgences, mais la gestion répond aux normes du GTI ▪ Fusions de CHSLD et certains CLSC avec CHSLD (1993-1995) ▪ Virage ambulatoire : chirurgies d'un jour, services à domicile, centres de jour, hôpital de jour, fusions de CLSC-CHSLD, fermeture de 2 CH et fermeture de CHSLD (4.3 lits pour 100 p. de 65 ans et plus) (1996-1997) ▪ Mise en place de mécanismes de liaison entre CH, CLSC et cabinets de médecins pour prise en charge et continuité des soins (1996-1997) ▪ Création de GMF (10 en 2005) (2003) ▪ Mise en place du RUIS Laval dont la région fait partie (2003) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention et soins du diabète en CH et CLSC ▪ Prévention et certains soins des maladies cardiovasculaires en CH et CLSC ▪ Soins de première et deuxième ligne en région ; soins de troisième ligne à l'extérieur ▪ Implantation de la Politique de la santé et du bien-être (maladies cardiovasculaires ciblées) (1993) ▪ Élaboration d'un programme de santé cardiovasculaire (1997) ▪ Mise en place d'un modèle d'organisation régionale des services hospitaliers pour cardio-stimulateurs (1998) ▪ Création du centre de réadaptation physique (1999) ▪ Listes d'attente : cataracte, genou, chirurgie d'un jour, pédopsychiatrie (1999)

12.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de Chaudière-Appalaches : ratios et équivalents temps plein (ETP*)

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	0,97	0,90	0,46	0,47
1992	0,98	0,90	0,48	0,47
1993	0,99	0,90	0,49	0,47
1994	0,98	0,91	0,51	0,49
1995	0,98	0,92	0,52	0,51
1996	0,99	0,92	0,53	0,53
1997	0,93	0,88	0,52	0,53
1998	0,90	0,87	0,53	0,54
1999	0,92	0,89	0,52	0,55
2000	0,95	0,92	0,53	0,56
2001	0,98	0,93	0,56	0,58
2002	0,97	0,94	0,59	0,61
2003	0,96	0,93	0,61	0,61
2004	0,95	0,94	0,61	0,63
2005	1,02	0,94	0,65	0,62

n.d. : non disponible

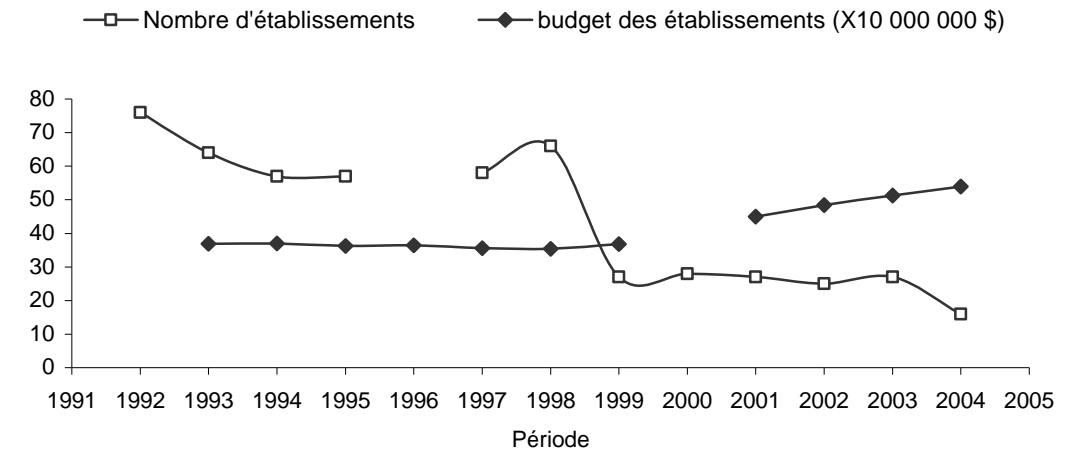


* ETP : calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

12.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de Chaudière-Appalaches (le graphique présente les budgets bruts)

Années	Nombre d'établissements publics	Nombre d'établissements privés conventionnés	Budget brut de fonctionnement des établissements	Budget net de fonctionnement des établissements
1992-1993	66	10	n.d.	n.d.
1993-1994	56	8	368 705 948\$	n.d.
1994-1995	50	7	369 584 729\$	n.d.
1995-1996	50	7	362 726 705\$	n.d.
1996-1997	n.d.	n.d.	364 161 788\$	n.d.
1997-1998	51	7	355 842 185\$	n.d.
1998-1999	59	7	353 752 362\$	319 782 932\$
1999-2000	21	6	367 864 306\$	334 116 936\$
2000-2001	21	7	n.d.	394 219 224\$
2001-2002	20	7	450 177 632\$	413 643 535\$
2002-2003	20	5	484 436 283\$	437 126 667\$
2003-2004	20	7	513 015 221\$	462 595 596\$
2004-2005	9	7	539 185 817\$	487 644 418\$

n.d. : non disponible



Effectifs médicaux : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS

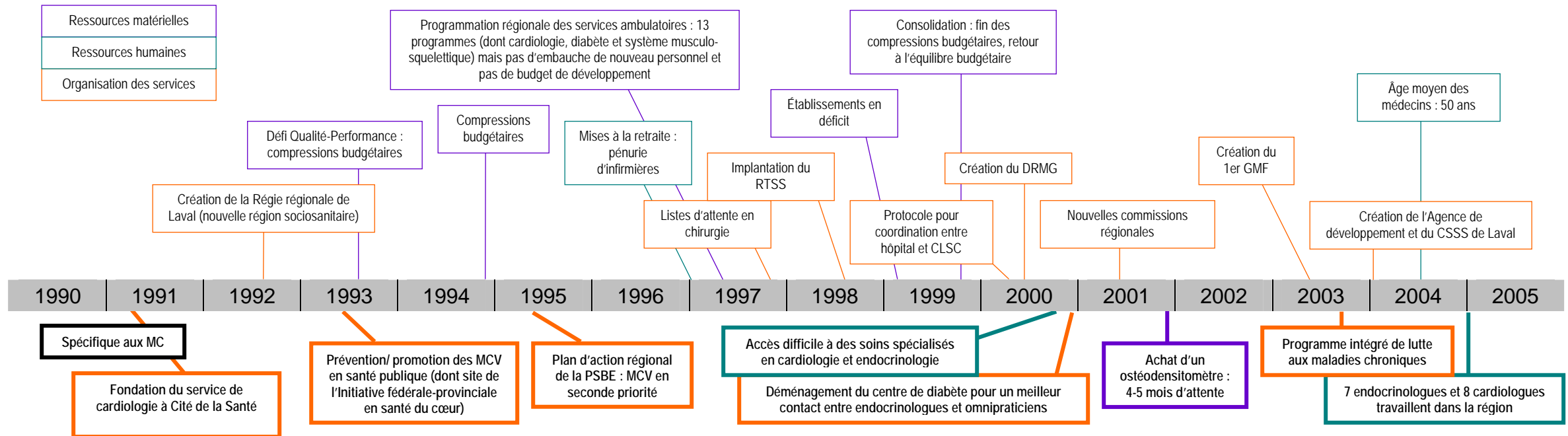
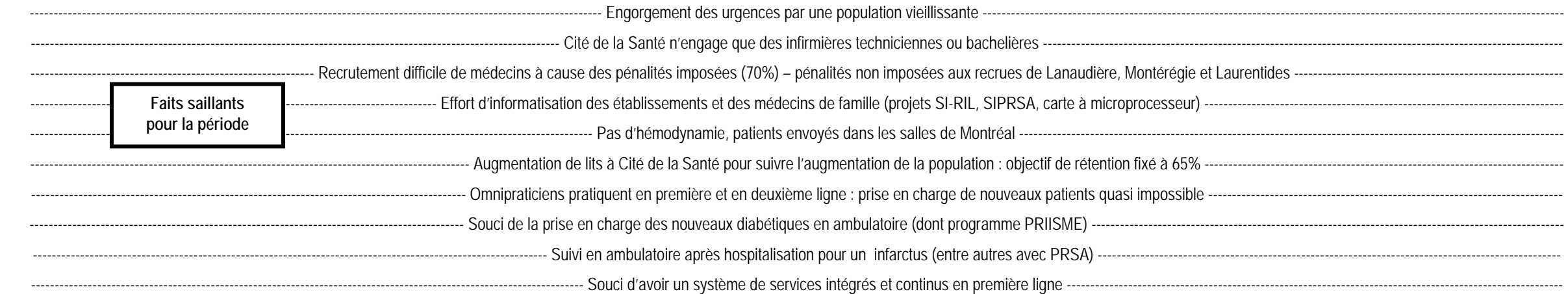
Autres informations : sources diversifiées, principalement les Rapports annuels d'activités ou rapports annuels de gestion de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, pour les années 1991-1992 à 2005-2006; et les Rapports annuels du MSSS, de 1990-1991 à 2004-2005.

Principales tendances observées pour la région de Chaudière-Appalaches

Dans la région de Chaudière-Appalache, la fusion d'établissements a été très marquée, le nombre d'établissements passant de 76 en 1992 à seulement 16 en 2004. Comme plusieurs autres régions, Chaudière-Appalache a connu certaines pénuries en spécialités, un accès difficile en médecine de famille et le transfert des soins de 3^{ème} ligne à l'extérieur de la région. Par ailleurs, cette région a mis en place plusieurs programmes de prévention et de soins pour les maladies chroniques, dont les maladies cardiovasculaires et le diabète.

Région 13 : Laval

13.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de Laval entre 1991 et 2005



13.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de Laval entre 1991 et 2005

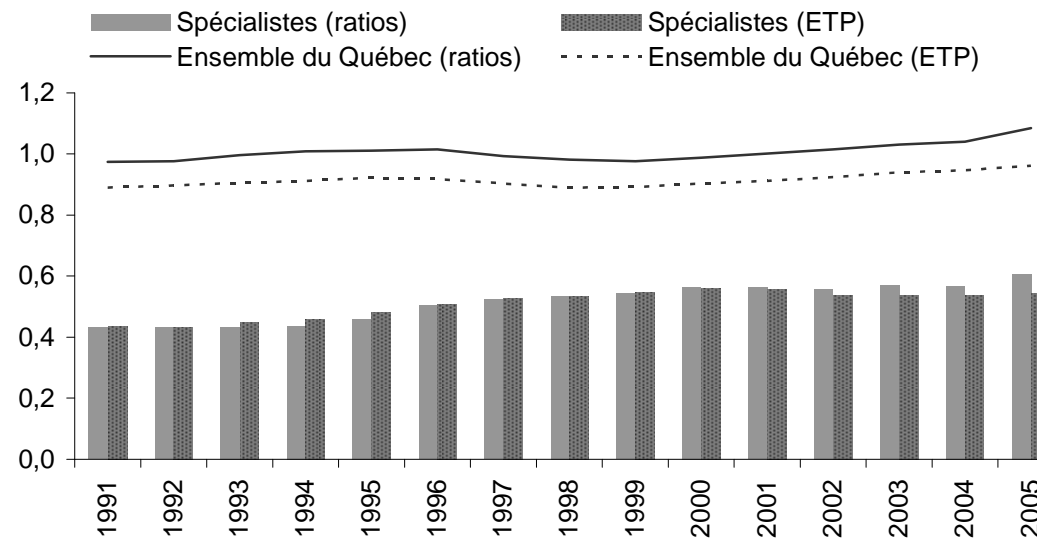
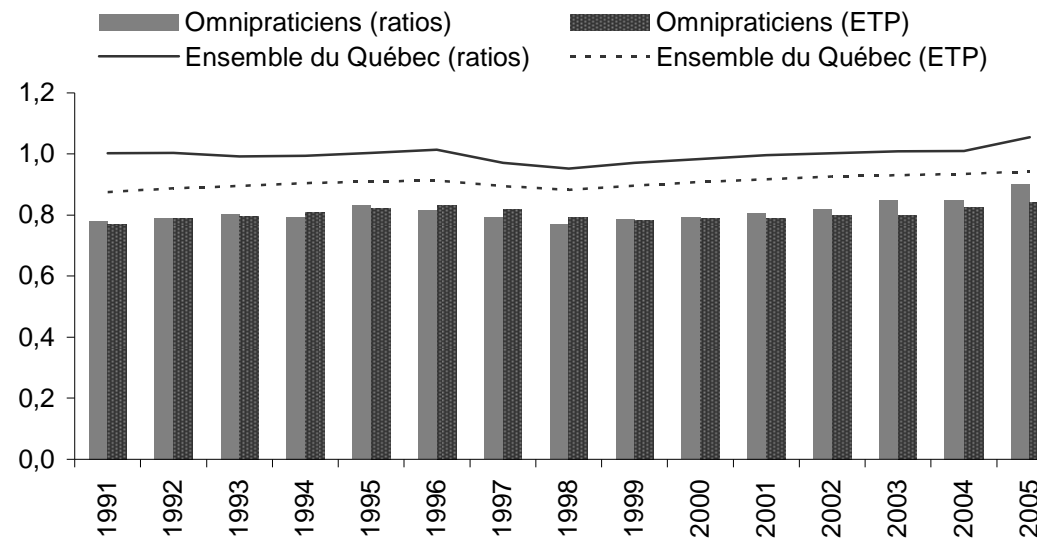
	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défi Qualité-Performance : compressions budgétaires (1993) ▪ Compressions budgétaires (1995) ▪ Pas de budget de développement pour la PRSA (1997) ▪ Établissements en déficit (1999) ▪ Consolidation : fin des compressions budgétaires, retour à l'équilibre budgétaire (2000) ▪ Implantation du RTSS (1998) ▪ Effort d'informatisation des établissements et des médecins de famille (projets SI-RIL, SIPRSA et carte à microprocesseur) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas d'hémodynamie, patients envoyés dans les salles de Montréal ▪ Fondation du service de cardiologie à Cité de la Santé (1991) ▪ Achat d'un ostéodensitomètre (2002) ▪ Liste d'attente de 4 à 5 mois pour le nouveau ostéodensitomètre (2002)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Cité de la Santé n'engage que des infirmières bachelières ou techniciennes ▪ Recrutement difficile de médecins à cause des pénalités imposées (70%) – pénalités non imposées aux recrues de Lanaudière, Montérégie et Laurentides ▪ Pas d'embauche de nouveaux employés pour la PRSA (1997) ▪ Mises à la retraite entraînent une pénurie d'infirmières (1997) ▪ Omnipraticiens pratiquent en première et en deuxième ligne : prise en charge de nouveaux patients quasi-impossible ▪ Âge moyen des médecins : 50 ans (2005) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 7 endocrinologues et 8 cardiologues travaillent dans la région (2005)

13.2 suite : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de Laval entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création de la Régie régionale de Laval (nouvelle région sociosanitaire) (1992) ▪ Création du DRMG (2000) ▪ Nouvelles commissions régionales (2001) ▪ Création de l'Agence de développement de Laval et d'un seul CSSS (2004) ▪ Engorgement des urgences par une population vieillissante ▪ Augmentation du nombre de lits à la Cité de la Santé pour suivre l'augmentation de la population : objectif de rétention fixé à 65% ▪ Souci d'avoir un système de services intégrés et continus en première ligne ▪ Protocole de coordination entre hôpital et CLSC (2000) ▪ Création du 1^{er} GMF (2003) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Souci de prise en charge des nouveaux diabétiques en ambulatoire (dont programme PRIISME) ▪ Suivi en ambulatoire après un infarctus (entre autres avec PRSA) ▪ Prévention/ promotion des MCV en santé publique (dont site de l'Initiative fédérale-provinciale en santé du cœur) (1993) ▪ Plan d'action régional de la PSBE : MCV en seconde priorité (1995) ▪ Mise en place de la Programmation régionale des services ambulatoires (PRSA) : 13 programmes dont la cardiologie (1997) ▪ Programme intégré de lutte aux maladies chroniques (2003) ▪ Listes d'attente en chirurgie (1998) ▪ Déménagement du centre de diabète pour un meilleur contact entre endocrinologues et omnipraticiens (2000) ▪ Accès difficile à des soins spécialisés en endocrinologie et cardiologie (2001)

13.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de Laval : ratios et équivalents temps plein (ETP)*

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	0,78	0,77	0,43	0,43
1992	0,79	0,79	0,43	0,43
1993	0,80	0,80	0,43	0,45
1994	0,79	0,81	0,44	0,46
1995	0,83	0,82	0,46	0,48
1996	0,82	0,83	0,50	0,51
1997	0,79	0,82	0,52	0,53
1998	0,77	0,79	0,54	0,53
1999	0,79	0,78	0,54	0,55
2000	0,79	0,79	0,56	0,56
2001	0,81	0,79	0,56	0,56
2002	0,82	0,80	0,56	0,54
2003	0,85	0,80	0,57	0,54
2004	0,85	0,83	0,57	0,54
2005	0,90	0,84	0,61	0,54

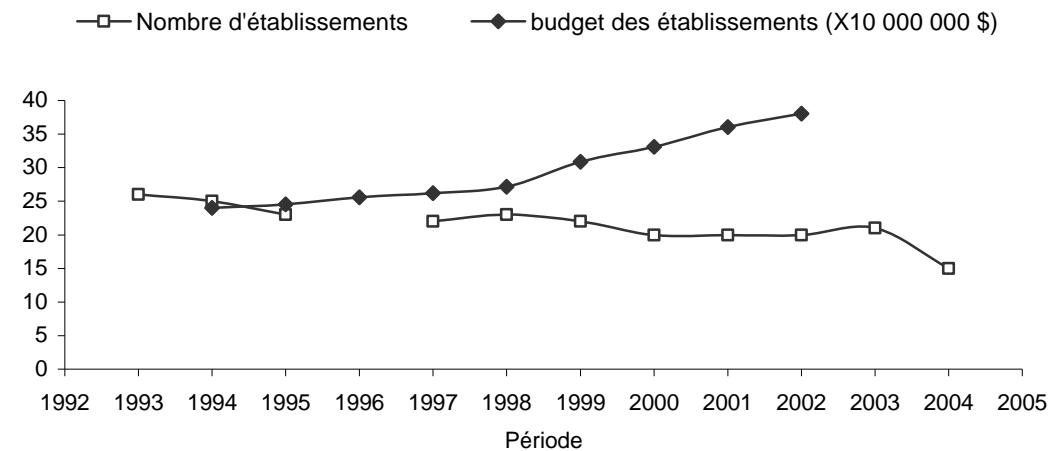


* ETP : calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

13.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de Laval

Années	Nombre d'établissements publics et privés	Budget net de fonctionnement des établissements	Dépense des établissements
1993-1994	26	n.d.	n.d.
1994-1995	25	213 489 118\$	240 090 265\$
1995-1996	23	235 158 600\$	245 278 955\$
1996-1997	22	241 170 592\$	255 970 472\$
1997-1998	22	230 564 456\$	262 141 719\$
1998-1999	23	262 586 255\$	271 386 918\$
1999-2000	22	270 596 799\$	308 794 174\$
2000-2001	20	297 641 726\$	331 146 607\$
2001-2002	20	319 029 235\$	360 695 473\$
2002-2003	20	337 677 579\$	380 521 896\$
2003-2004	21	362 151 473\$	n.d.
2004-2005	15	376 414 520\$	n.d.

n.d. : non disponible



Sources :

Effectifs médicaux : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS

Autres informations : sources diversifiées, principalement les rapports annuels d'activités ou rapports annuels de gestion de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, pour les années 1991-1992 à 2005-2006; et les rapports annuels du MSSS, de 1990-1991 à 2004-2005.

Principales tendances observées pour la région de Laval

Cette nouvelle région socio-sanitaire a subi plusieurs transformations depuis 1992. Les établissements de santé ont eu à s'adapter au vieillissement et à l'augmentation de la population de Laval, aux multiples programmes mis en place tel que l'informatisation, en plus de gérer des déficits. La région de Laval semble avoir rencontré des difficultés également au niveau de l'offre de services, principalement à cause des pénuries de main-d'œuvre médicale – mises à la retraite, difficultés de recrutement et disponibilité des omnipraticiens insuffisante. Néanmoins la région de Laval a mis en place plusieurs programmes de prévention et de suivi ainsi que des programmes ambulatoires, touchant entre autres le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Région 14 : Lanaudière

14.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de Lanaudière entre 1991 et 2005

----- Lanaudière est pauvre en termes de ressources matérielles et financières; la population augmente rapidement -----

----- Accès difficile à un médecin de famille causé par grande demande par la population en général et plus de patients avec maladies chroniques -----

----- Continuité des services en milieu hospitalier parfois difficile à assurer à cause du manque de personnel médical -----

----- Omnipraticiens pratiquent en première et en deuxième ligne -----

----- Centres hospitaliers bien équipés, mais pas d'hémodynamie -----

----- Entente entre établissements et cliniques du nord pour le suivi des diabétiques -----

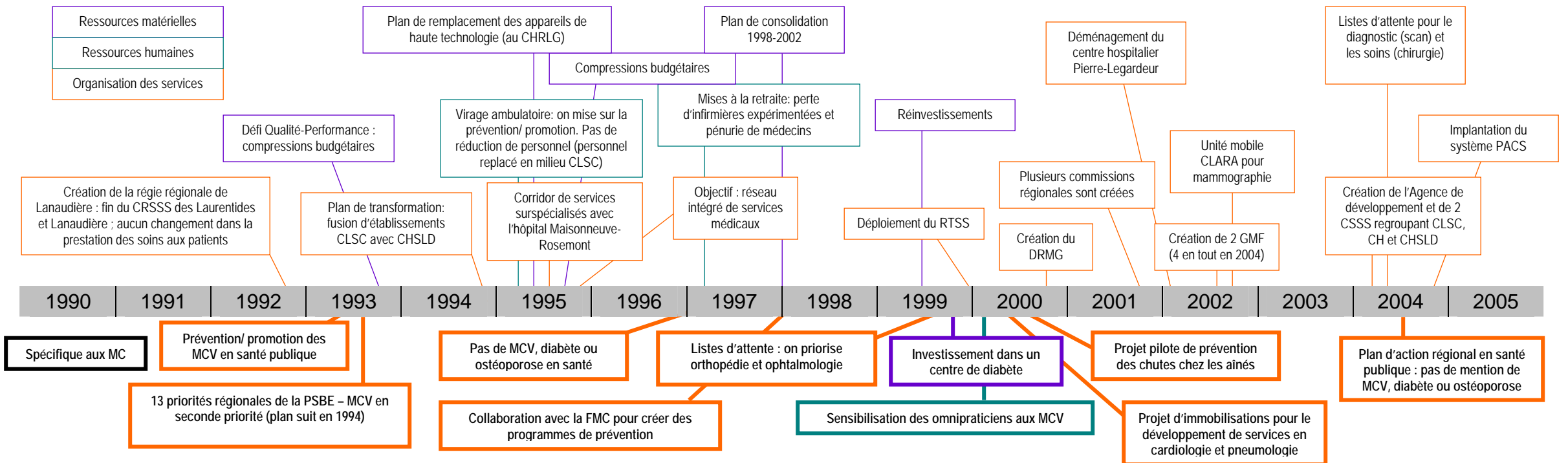
----- Continuité des soins difficile pour les patients ayant eu des soins dans un centre tertiaire (Montréal), étant donné les ressources limitées de la région -----

----- Avancements peu marquants dans le soin des maladies cardiovasculaires -----

----- Engorgement des urgences : établissements et régie travaillent à régler le problème -----

----- Souci d'une équité intra et interrégionale -----

Faits saillants pour la période



14.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de Lanaudière entre 1991 et 2005

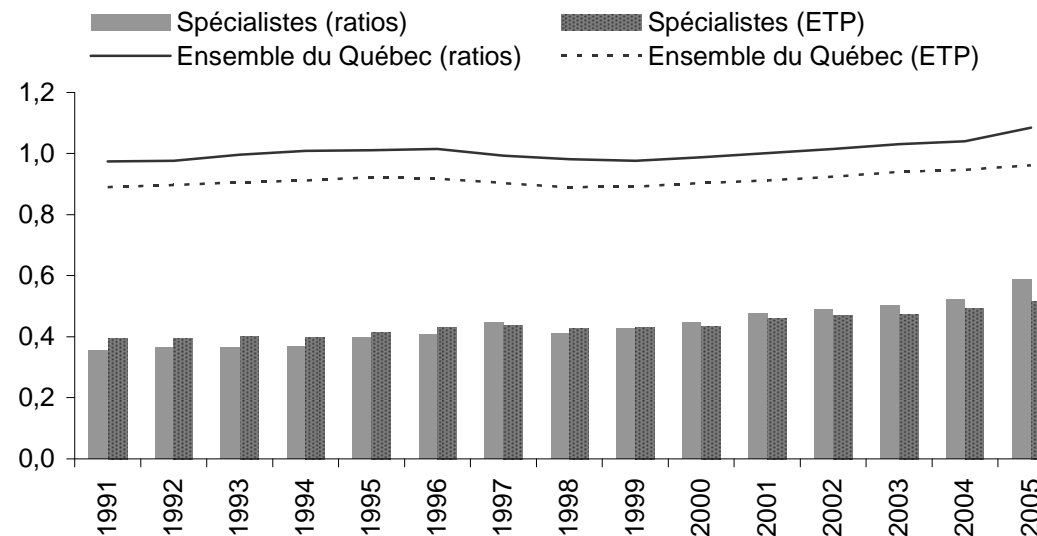
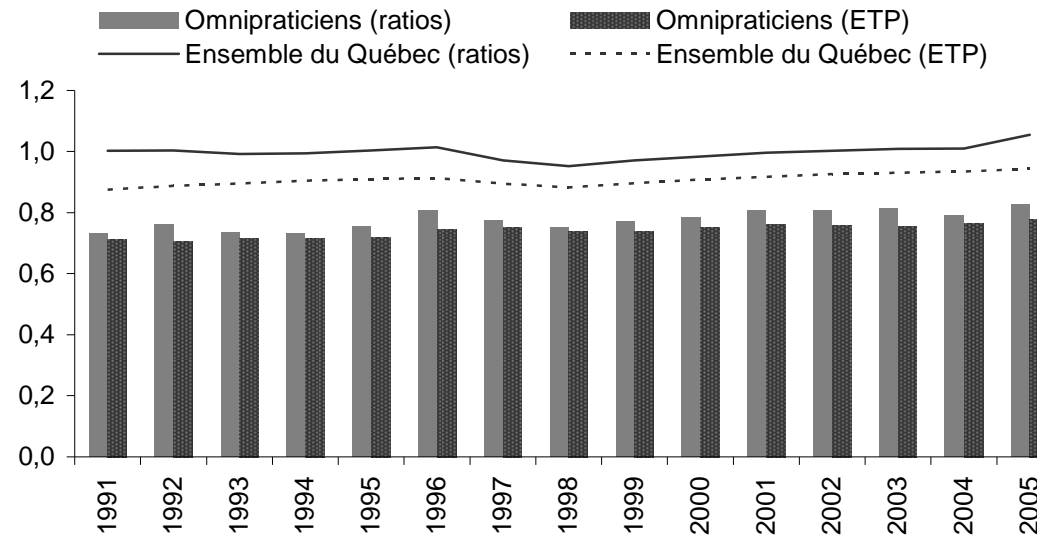
	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défi Qualité-Performance : compressions budgétaires (1993) ▪ Compressions budgétaires (1995) ▪ Réinvestissements (1999) ▪ Déploiement du RTSS (2000) ▪ Unité mobile CLARA pour mammographie (2002) ▪ Implantation du système PACS (2004) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centres hospitaliers bien équipés mais pas d'hémodynamie ▪ Avancements peu marquants pour le soin des maladies cardiovasculaires ▪ Plan de remplacement des appareils de haute technologie (1995) ▪ Projet d'immobilisations pour le développement des services en cardiologie et pneumologie (2000)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Virage ambulatoire : n'entraîne pas de réduction de personnel (personnel hospitalier remplacé en CLSC) (1993) ▪ Mises à la retraite : perte d'infirmières expérimentées et pénurie de médecins (1997) ▪ Accès difficile à un médecin de famille causé par grande demande par la population en général et plus de patients avec maladies chroniques ▪ Continuité des services en milieu hospitalier parfois difficile à assurer à cause du manque de personnel ▪ Omnipraticiens pratiquent en première et en deuxième ligne 	

14.2 suite : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de Lanaudière entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Souci d'une équité intra et interrégionale ▪ Création de la régie régionale de Lanaudière et fin du CRSSS des Laurentides et Lanaudière : aucun changement dans la prestation des soins aux patients (1992) ▪ Plan de consolidation 1998-2002 (1998) ▪ Création du DRMG (2000) ▪ Plusieurs commissions régionales sont créées (2001) ▪ Création de 2 CSSS regroupant CH, CLSC et CHSLD (2004) ▪ Engorgement des urgences : établissements et régie travaillent à régler le problème ▪ Plan de transformation : fusion d'établissements CLSC avec CHSLD (1995) ▪ Objectif : réseau intégré de services médicaux (1996) ▪ Déménagement du centre hospitalier Pierre-Legardeur (2002) ▪ Création de 2 GMF (4 en tout en 2004) (2002) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entente entre établissements et cliniques du nord pour le suivi des diabétiques ▪ 13 priorités régionales de la PSBE – MCV en seconde priorité (plan suit en 1994) (1993) ▪ Prévention/ promotion des MCV en santé publique (1993) ▪ Virage ambulatoire : on mise sur la prévention/ promotion (1995) ▪ Collaboration avec la FMC pour créer des programmes de prévention (1998) ▪ Investissement dans un centre de diabète (1999) ▪ Sensibilisation des omnipraticiens aux MCV (2000) ▪ Projet pilote de prévention des chutes chez les aînés (2000) ▪ Plan d'action régional en santé publique : pas de mention de MCV, diabète ou ostéoporose (2004) ▪ Corridor de services surspécialisés avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (1994) ▪ Listes d'attente : on priorise l'orthopédie et l'ophtalmologie (1999) ▪ Listes d'attente pour le diagnostic (scan) et les soins (chirurgie) (2004)

14.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de Lanaudière : ratios et équivalents temps plein (ETP)*

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	0,73	0,71	0,36	0,40
1992	0,76	0,71	0,37	0,40
1993	0,73	0,72	0,37	0,40
1994	0,73	0,71	0,37	0,40
1995	0,76	0,72	0,40	0,42
1996	0,81	0,75	0,41	0,43
1997	0,77	0,75	0,45	0,44
1998	0,75	0,74	0,41	0,43
1999	0,77	0,74	0,43	0,43
2000	0,78	0,75	0,45	0,44
2001	0,81	0,76	0,48	0,46
2002	0,81	0,76	0,49	0,47
2003	0,81	0,75	0,50	0,47
2004	0,79	0,76	0,52	0,49
2005	0,83	0,78	0,59	0,52

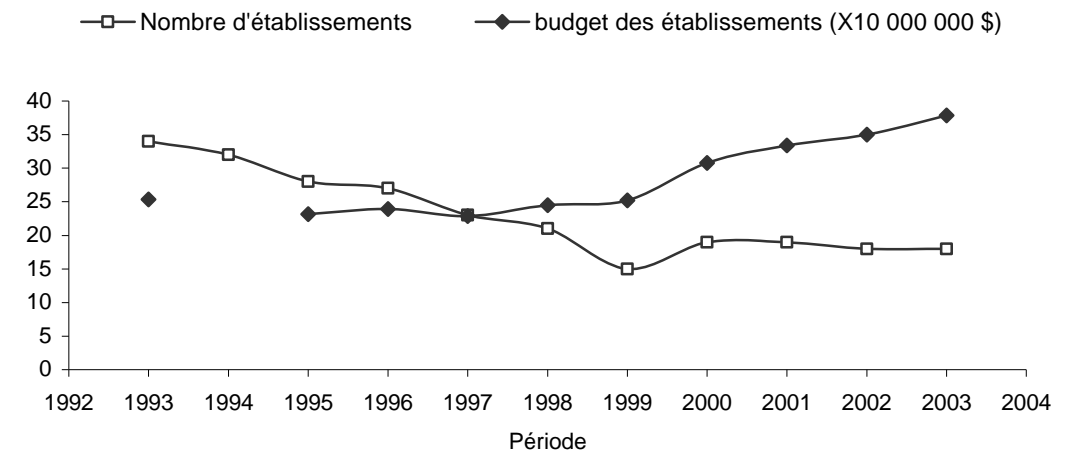


* ETP : calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

14.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de Lanaudière (le graphique présente les budgets nets)

Années	Nombre d'établissements	Budget brut de fonctionnement des établissements	Budget net de fonctionnement des établissements
1993-1994	34	n.d.	253 503 364\$
1994-1995	32	257 200 000\$	n.d.
1995-1996	28	n.d.	231 584 865\$
1996-1997	27	265 700 000\$	239 037 706\$
1997-1998	23	n.d.	228 791 952\$
1998-1999	21	274 300 000\$	244 750 178\$
1999-2000	15	300 000 000\$	252 121 647\$
2000-2001	19	325 000 000\$	307 668 474\$
2001-2002	19	336 430 074\$	333 889 599\$
2002-2003	18	357 207 763\$	349 987 970\$
2003-2004	18	n.d.	378 799 108\$

n.d. : non disponible



Effectifs médicaux : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS

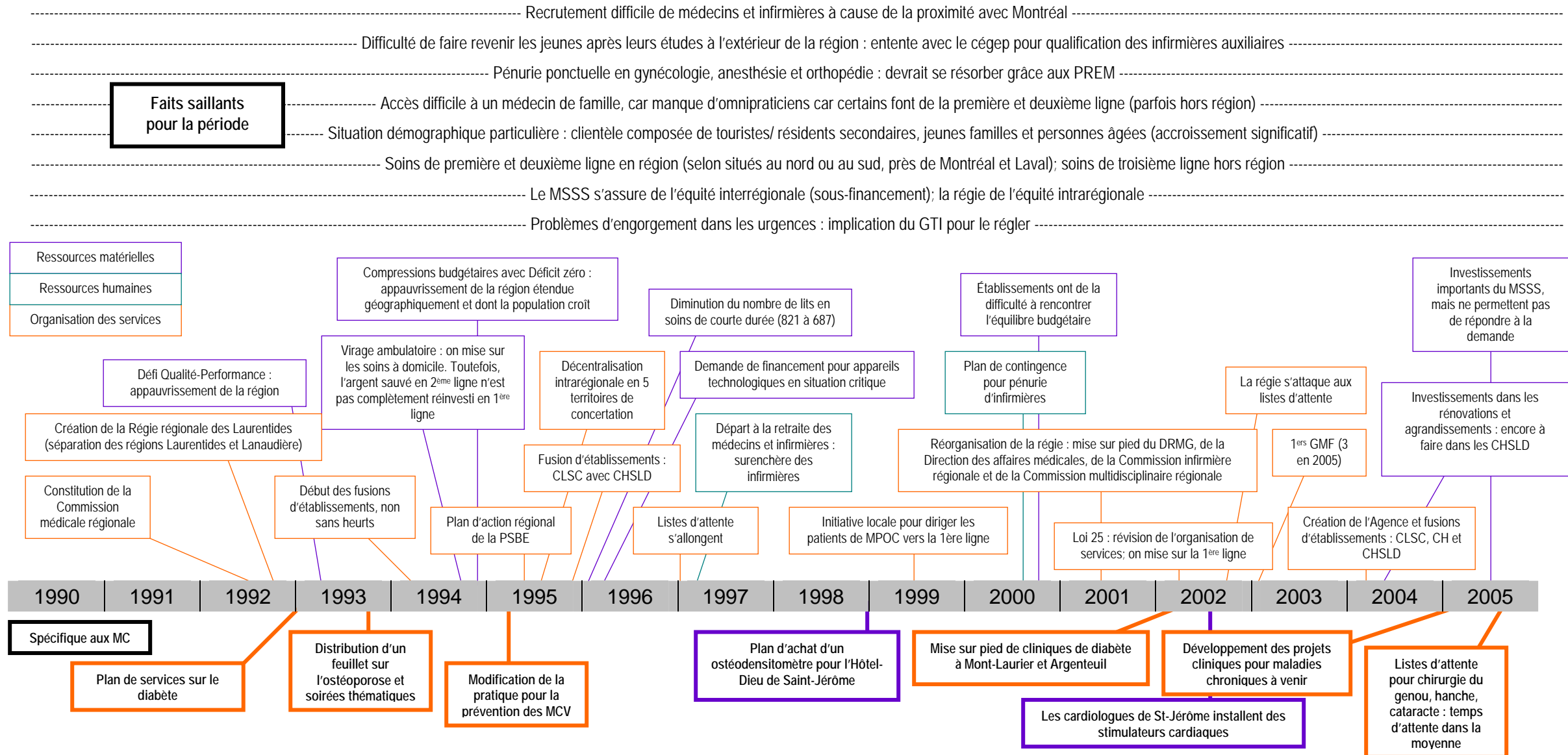
Autres informations : sources diversifiées, principalement les rapports annuels d'activités ou rapports annuels de gestion de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, pour les années 1991-1992 à 2005-2006; et les rapports annuels du MSSS, de 1990-1991 à 2004-2005.

Principales tendances observées pour la région de Lanaudière

La région de Lanaudière a eu particulièrement du mal à assurer tous les services médicaux à la population croissante de la région. Pour pallier à ce problème, la région de Lanaudière a notamment eu recours au corridor de soins spécialisés, les omnipraticiens assurant la 1^{ère} et la 2^{ème} ligne. La continuité des soins restait toutefois difficile pour les patients sortant des centres de soins tertiaires de Montréal au niveau du suivi à cause du manque de main d'œuvre médicale. D'autre part, malgré quelques initiatives régionales touchant des maladies chroniques – diabète, maladies cardiovasculaires et chutes chez les aînés – les plans d'action régionaux en santé publique ne font mention ni de ces maladies ni de l'ostéoporose.

Région 15 : Laurentides

15.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région des Laurentides entre 1991 et 2005



15.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région des Laurentides entre 1991 et 2005

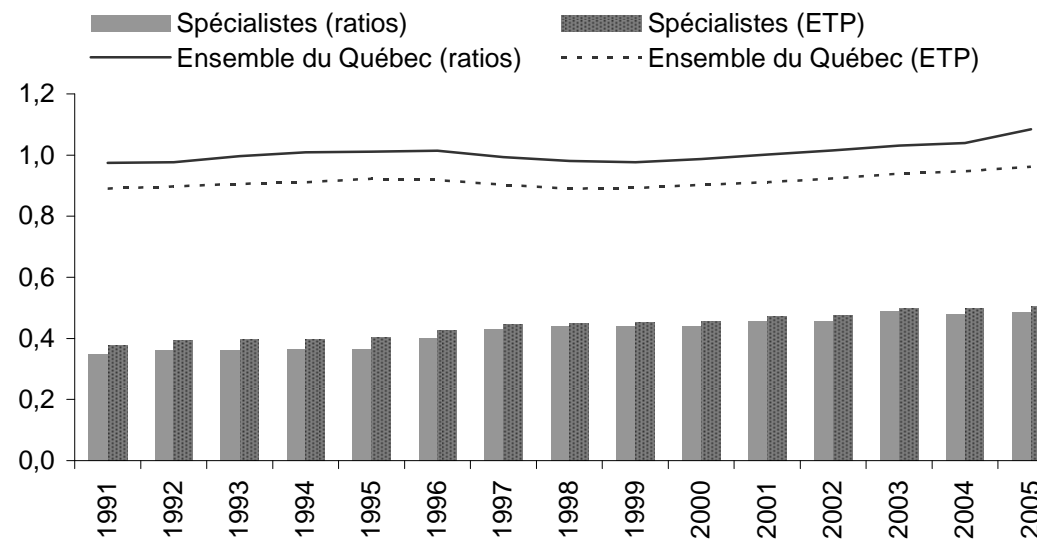
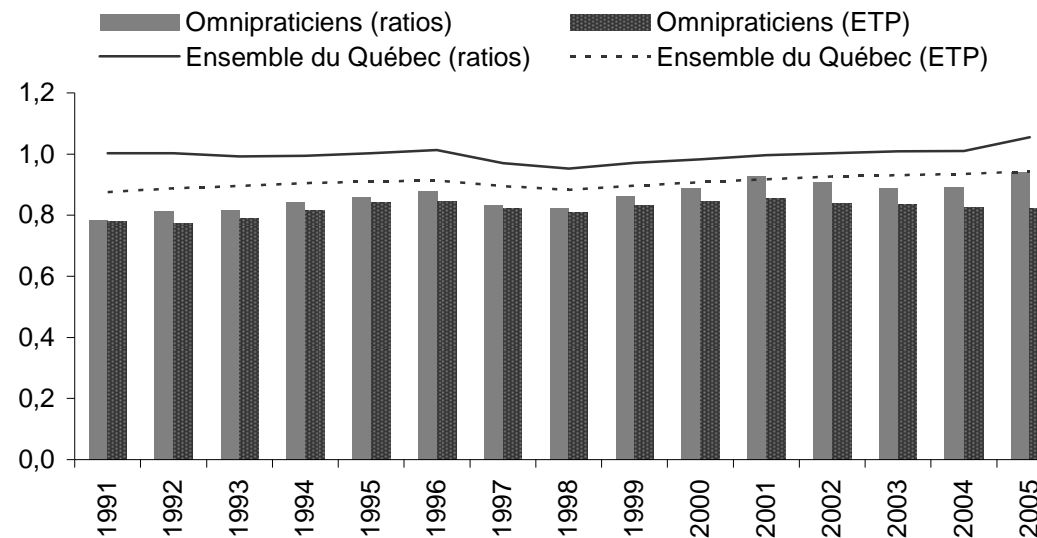
	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le MSSS s'assure de l'équité interrégionale (sous-financement) ; la régie de l'équité intrarégionale ▪ Défi Qualité-Performance : appauvrissement de la région (1993) ▪ Déficit zéro : appauvrissement de la région étendue géographiquement et dont la population croît (1995) ▪ Demande de financement pour appareils technologiques en situation critique (1996) ▪ Investissements dans les rénovations et agrandissements: encore à faire en CHSLD (2004) ▪ Virage ambulatoire : l'argent sauvé en 2^{ème} ligne n'est pas complètement réinvesti en 1^{ère} ligne (1995) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan d'achat d'un ostéodensitomètre pour l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme (1998) ▪ Les cardiologues de Saint-Jérôme installent des stimulateurs cardiaques (2002)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recrutement difficile de médecins et d'infirmières à cause de la proximité avec Montréal ▪ Difficulté de faire revenir les jeunes diplômés après leurs études à l'extérieur de la région : entente avec le cégep pour qualification des infirmières auxiliaires ▪ Manque d'omnipraticiens ▪ Départ à la retraite de médecins et d'infirmières : surenchère des infirmières (1997) ▪ Plan de contingence pour pénurie d'infirmières (2000) ▪ Établissements ont de la difficulté à rencontrer l'équilibre budgétaire (2000) ▪ Accès difficile à un médecin de famille ▪ Certains omnipraticiens font de la 1^{ère} et 2^{ème} ligne (parfois hors région) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pénurie ponctuelle en gynécologie, anesthésie et orthopédie : devrait se résorber grâce aux PREM

15.2 suite : Liste des changements et continuités du système de santé de la région des Laurentides entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
<p>Organisation des services</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création de la Régie régionale des Laurentides (séparation des régions de Laurentides et Lanaudière) (1992) ▪ Constitution de la Commission médicale régionale (1992) ▪ Décentralisation intrarégionale en 5 territoires de concertation (1995) ▪ Réorganisation de la régie : mise sur pied du DRMG, de la direction des affaires médicales, de la Commission infirmière régionale et de la Commission multidisciplinaire régionale (2000) ▪ Loi 25 : révision de l'organisation de services ; on mise sur la 1^{ère} ligne (2002) ▪ Création de l'Agence de développement des Laurentides (2004) ▪ Problème d'engorgement des urgences : implication du GTI pour le régler ▪ Début des fusions d'établissements, non sans heurts (1994) ▪ Virage ambulatoire : on mise sur les soins à domicile (1995) ▪ Diminution du nombre de lits en courte durée (821 à 687) (1996) ▪ Listes d'attente s'allongent (1996) ▪ La régie s'attaque aux listes d'attente (2002) ▪ 1^{ers} GMF (3 en 2005) ▪ Fusions d'établissements CLSC, CHSLD, CH (2004) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins de première et deuxième ligne en région (selon situés au nord ou au sud, près de Mtl et Laval) ; soins de troisième ligne hors région ▪ Plan de services sur le diabète (1993) ▪ Distribution d'un feuillet sur l'ostéoporose et soirées thématiques (1993) ▪ Modification de la pratique pour la prévention des MCV (1995) ▪ Plan d'action régional de la PSBE (1995) ▪ Mise sur pied de cliniques de diabète à Mont-Laurier et Argenteuil (2002) ▪ Développement de projets cliniques pour les maladies chroniques à venir (2005) ▪ Initiative locale pour diriger les patients de MPOC vers la 1^{ère} ligne (1999) ▪ Listes d'attente pour la chirurgie du genou, hanche, cataracte : temps d'attente dans la moyenne

15.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région des Laurentides : ratios et équivalents temps plein (ETP)*

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	0,79	0,78	0,35	0,38
1992	0,82	0,77	0,36	0,39
1993	0,82	0,79	0,36	0,40
1994	0,84	0,82	0,37	0,40
1995	0,86	0,84	0,36	0,41
1996	0,88	0,85	0,40	0,43
1997	0,83	0,82	0,43	0,45
1998	0,82	0,81	0,44	0,45
1999	0,86	0,83	0,44	0,45
2000	0,89	0,85	0,44	0,46
2001	0,93	0,86	0,46	0,47
2002	0,91	0,84	0,46	0,48
2003	0,89	0,83	0,49	0,50
2004	0,89	0,83	0,48	0,50
2005	0,94	0,82	0,49	0,51

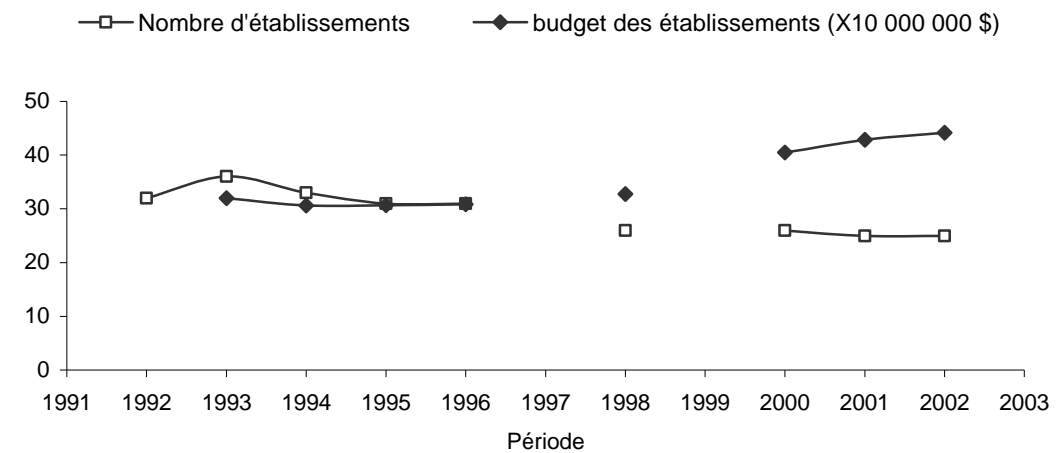


* ETP : calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

15.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région des Laurentides

Années	Nombre d'établissements publics	Nombre d'établissements privés	Budget de fonctionnement des établissements
1992-1993	24	8	n.d.
1993-1994	25	11	± 320 000 000\$
1994-1995	24	9	306 021 901\$
1995-1996	23	8	306 675 382\$
1996-1997	23	8	308 343 758\$
1997-1998	n.d.	n.d.	n.d.
1998-1999	20	6	327 771 860\$
1999-2000	n.d.	n.d.	n.d.
2000-2001	20	6	404 667 127\$
2001-2002	20	5	428 438 110\$
2002-2003	18	7	441 737 667\$

n.d.: non disponible



Sources :

Effectifs médicaux : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS

Autres informations : sources diversifiées, principalement les rapports annuels d'activités ou rapports annuels de gestion de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, pour les années 1991-1992 à 2005-2006; et les rapports annuels du MSSS, de 1990-1991 à 2004-2005.

Principales tendances observées pour la région des Laurentides

Par rapport à la plupart des autres régions, les fusions ont moins affecté la région des Laurentides quant au nombre total d'établissements. Par ailleurs, la nouvelle Régie régionale des Laurentides, dont la démographie est particulière, a fait face à des problèmes constants de manque de ressources matérielles et humaines, menant entre autres à des listes d'attentes et à l'engorgement des urgences. La région s'est toutefois dotée de plusieurs programmes touchant les maladies chroniques, incluant l'ostéoporose.

Région 16 : Montérégie

16.1 : Chronologie des changements et continuités du système de santé de la région de la Montérégie entre 1991 et 2005

----- Effectifs médicaux en augmentation (mais le nombre d'omnipraticiens est constant), mais ils ne répondent pas à la demande toujours grandissante -----

----- Quelques efforts d'informatisation; travail principal reste à faire -----

----- Peu d'initiatives de la part de la régie en santé physique : initiatives provinciales ou des établissements -----

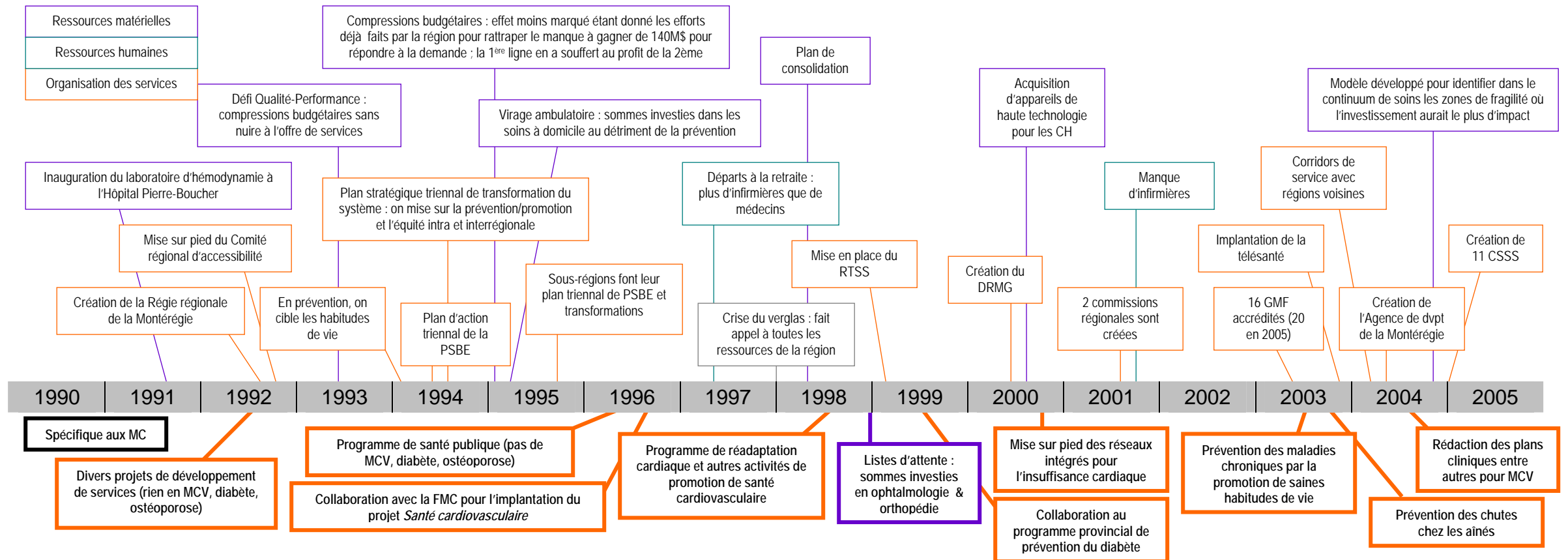
Faits saillants pour la période

----- Pas de vision régionale de continuum de services -----

----- Détérioration de l'accessibilité aux soins de santé en général et en première ligne, car manque de ressources -----

----- Manque de vision en termes de partage des services et équipements entre établissements et régions -----

----- Engorgement des urgences : GTI et régie collaborent pour régler le problème -----



16.2 : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de la Montérégie entre 1991 et 2005

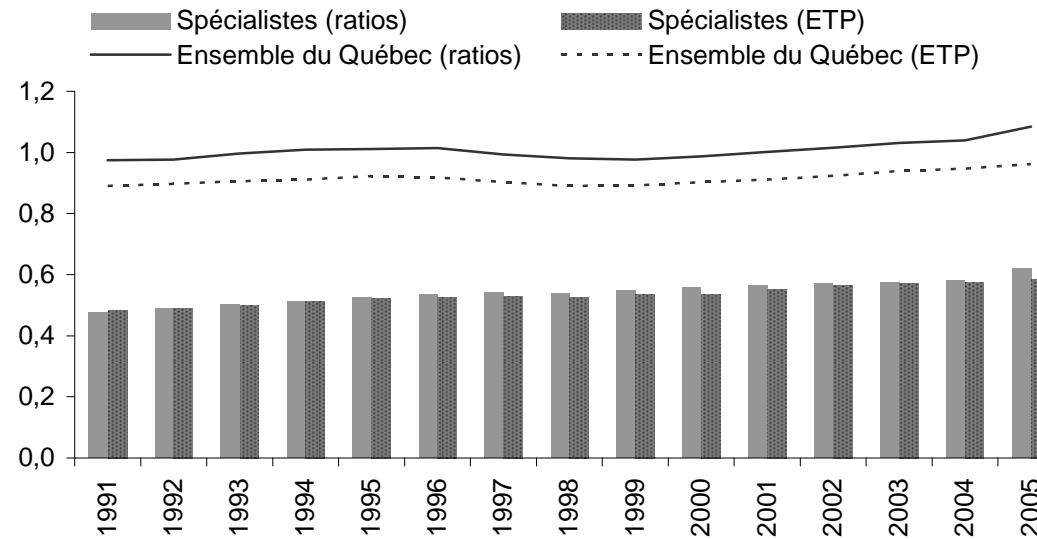
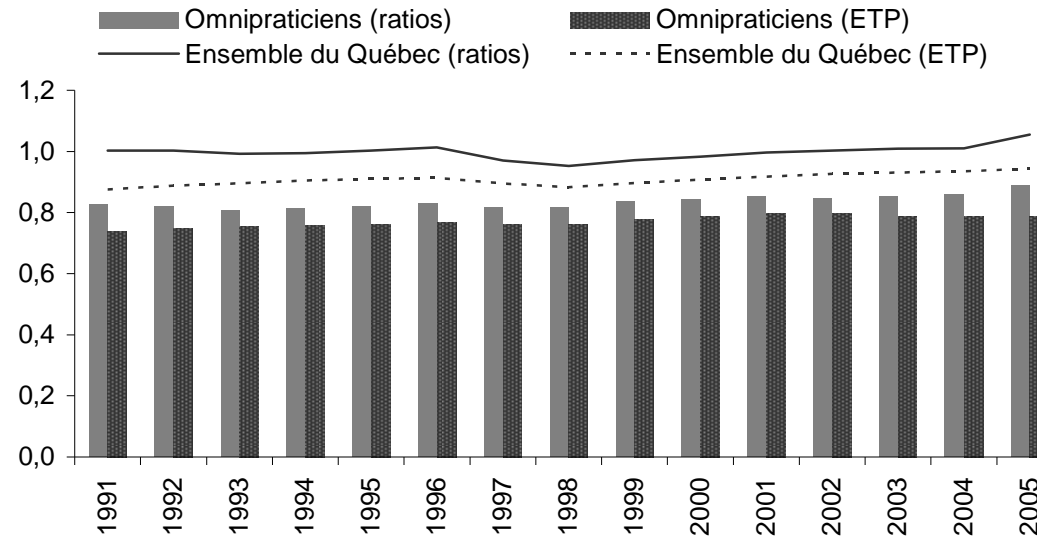
	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défi Qualité-Performance : compressions budgétaires sans nuire à l'offre de services (1993) ▪ Compressions budgétaires : effet moins marqué à cause des efforts déjà faits par la région pour rattraper le manque à gagner de 140M\$ pour répondre à la demande (1995) ▪ Virage ambulatoire : sommes investies dans les soins à domicile au détriment de la prévention (1995-1996) ▪ Manque de vision en termes de partage des services et équipements entre établissements et régions ▪ Quelques efforts d'informatisation, le travail principal reste à faire ▪ Virage ambulatoire : la 1^{ère} ligne a souffert au profit de la 2^{ème} ligne (1995) ▪ Mise en place du RTSS (1999) ▪ Implantation de la télésanté (2003) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inauguration du laboratoire d'hémodynamie à l'hôpital Pierre-Boucher (1991) ▪ Acquisition d'appareils de haute technologie (2000) ▪ Listes d'attente : sommes investies en ophtalmologie et orthopédie (1999)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectifs médicaux en augmentation, mais ils ne répondent pas à la demande toujours croissante ▪ Départs à la retraite : plus d'infirmières que de médecins (1997) ▪ Manque d'infirmières (2001) ▪ Détérioration de l'accessibilité aux soins de santé en général et en première ligne, car manque de ressources 	

16.2 suite : Liste des changements et continuités du système de santé de la région de la Montérégie entre 1991 et 2005

	Généraux	Spécifiques aux maladies chroniques
Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création de la régie régionale de la Montérégie (1992) ▪ Mise sur pied du Comité régional d'accessibilité (1992) ▪ Plan de consolidation (1998) ▪ Création du DRMG (2000) ▪ 2 commissions régionales sont créées (2001) ▪ Création de l'Agence de développement de la Montérégie (2004) ▪ Création de 11 CSSS (2004) ▪ Modèle développé pour identifier dans le continuum de soins les zones de fragilité où l'investissement aurait le plus d'impact (2004) ▪ Pas de vision régionale de continuum des soins ▪ Engorgement des urgences : GTI et régie collaborent pour régler le problème ▪ Plan stratégique triennal de transformation du système : on mise sur la prévention/ promotion et l'équité intra et interrégionale (1994) ▪ Sous-régions font leur plan d'action triennal de transformation (1995) ▪ Mise sur pied de réseaux intégrés pour personnes souffrant d'insuffisance cardiaque (2000) ▪ 16 GMF accrédités (2003) : 20 en 2005 ▪ Corridors de services avec les régions voisines (2004) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peu d'initiatives de la part de la régie en santé physique : initiatives provinciales ou des établissements ▪ Divers programmes de développement de services (rien en MCV, diabète, ostéo.) (1992) ▪ En prévention, on cible les habitudes de vie (1994) ▪ Plan d'action triennal de la PSBE (1994) ▪ Sous-régions font leur plan d'action triennal de la PSBE (1995) ▪ Programme de santé publique (pas de MCV, diabète ou ostéoporose) (1996) ▪ Collaboration avec la FMC pour l'implantation du programme 'Santé cardiovasculaire' (1996) ▪ Programme de réadaptation cardiaque et autres activités de promotion de santé cardiovasculaire (1998) ▪ Collaboration au programme national de prévention du diabète (1999) ▪ Prévention des maladies chroniques par la promotion de saines habitudes de vie (2003) ▪ Prévention des chutes chez les aînés (2003) ▪ Rédaction de plans cliniques entre autres pour les MCV (2004)

16.3 : Effectifs médicaux omnipraticiens et spécialistes par 1000 habitants de la région de la Montérégie : ratios et équivalents temps plein (ETP*)

Années	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Ratios	ETP	Ratios	ETP
1991	0,83	0,74	0,47	0,48
1992	0,82	0,75	0,49	0,49
1993	0,81	0,75	0,50	0,50
1994	0,81	0,76	0,51	0,51
1995	0,82	0,76	0,53	0,52
1996	0,83	0,77	0,54	0,53
1997	0,82	0,76	0,54	0,53
1998	0,82	0,76	0,54	0,53
1999	0,83	0,78	0,55	0,54
2000	0,84	0,79	0,56	0,54
2001	0,85	0,80	0,56	0,55
2002	0,85	0,80	0,57	0,56
2003	0,85	0,79	0,57	0,57
2004	0,86	0,79	0,58	0,57
2005	0,89	0,79	0,62	0,58

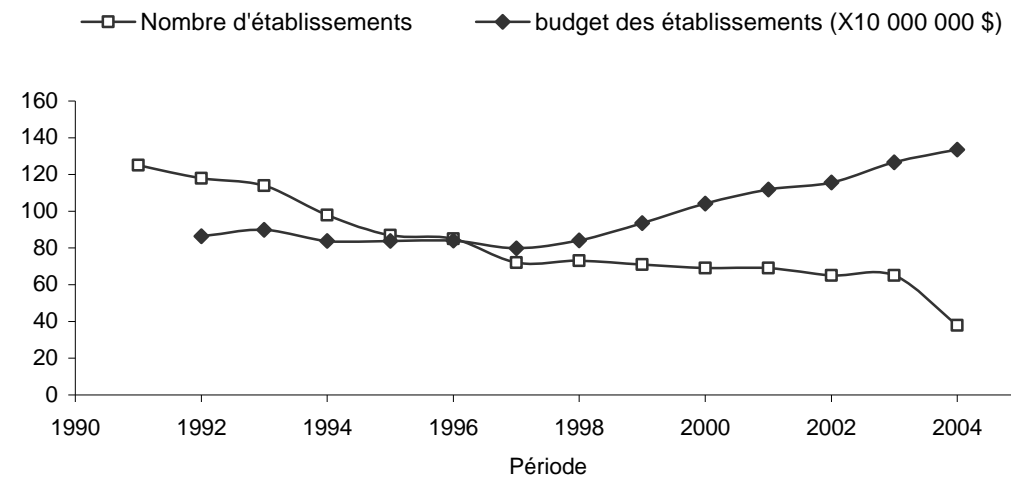


* ETP : calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40% de la facturation moyenne dans leur discipline.

16.4 : Nombre d'établissements et budgets de fonctionnement de la région de la Montérégie

Années	Nombre d'établissements publics et privés	Budget de fonctionnement des établissements
1991-1992	125	n.d.
1992-1993	118	865 000 000\$
1993-1994	114	898 565 253\$
1994-1995	98	838 971 037\$
1995-1996	87	838 342 577\$
1996-1997	85	839 303 381\$
1997-1998	72	798 620 362\$
1998-1999	73	842 231 403\$
1999-2000	71	935 117 403\$
2000-2001	69	1 041 968 001\$
2001-2002	69	1 117 668 583\$
2002-2003	65	1 156 734 706\$
2003-2004	65	1 266 553 614\$
2004-2005	38	1 335 057 974\$

n.d. : non disponible



Sources :

Effectifs médicaux : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ; MSSS

Autres informations : sources diversifiées, principalement les rapports annuels d'activités ou rapports annuels de gestion de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, pour les années 1991-1992 à 2005-2006; et les rapports annuels du MSSS, de 1990-1991 à 2004-2005.

Principales tendances observées pour la région de la Montérégie

La région de la Montérégie a connu une période difficile concernant la prestation des services à la population grandissante, dû au manque de ressources, mais peut-être également par manque de vision régionale ou par une planification inadéquate (partage entre établissements, continuum des services et informatisation à améliorer). Par contre, au début des années 2000, la région élaborait des plans pour corriger la situation. D'autre part, la Montérégie bénéficie de l'implantation de plusieurs programmes en santé physique, parfois en collaboration avec d'autres organisations.



Annexe : Méthodologie

Contexte

Puisque cette étude est une étude de faits recueillis *a posteriori*, elle emprunte une démarche d'enquête rétrospective. Cette démarche vise plus spécifiquement l'étude de la disponibilité et l'accessibilité aux soins de santé dans le contexte d'un projet de recherche intitulé : « Ruralité et maladies chroniques adultes : un programme de recherche en géomatique de la santé » et subventionné dans le cadre du programme de recherche sur la santé des populations rurales, semi-rurales et urbaines du Fond de Recherche en Santé du Québec (FRSQ #8240, 2004-2009). Le programme est divisé en 4 projets, les trois premiers visant une description détaillée du contexte sociosanitaire des populations rurales, semi-rurales et urbaines au Québec entre 1991 et 2003 pour 3 maladies chroniques : l'athérosclérose, le diabète et l'ostéoporose. Le quatrième projet s'appuiera sur les résultats des trois premiers projets pour expliquer et modéliser les issues liées aux maladies chroniques à l'étude.

Projet 1. Décrire les attributs liés aux populations rurales, semi-rurales et urbaines au Québec entre 1991 et 2001, plus spécifiquement les conditions sociodémographiques, économiques, géographiques, de même que les habitudes de vie rapportées et les conditions de santé perçues ;

Projet 2. Décrire l'évolution observée entre 1991 et 2003 concernant la disponibilité et l'accessibilité aux soins de santé pour les populations rurales, semi-rurales et urbaines au Québec, en général et plus spécifiquement ceux en support au processus de soins des 3 maladies sélectionnées;

Projet 3. Décrire les processus de soins et les issues cliniques des 3 maladies sélectionnées chez les populations rurales, semi-rurales et urbaines au Québec entre 1991 et 2003;

Projet 4. Expliquer les variations spatiales et temporelles observées dans les processus de soins et les issues cliniques, développer et valider des modèles prédictifs pour les maladies chroniques, de même que des modèles plus spécifiques aux 3 maladies à l'étude.

Définitions

Dans un contexte de soins de santé, la disponibilité se définit comme étant la possibilité pour la population d'obtenir des soins. Ainsi, un service disponible est un service qui est offert à la population. L'accessibilité se démarque de la disponibilité en ce qu'elle est la facilité avec laquelle la population peut obtenir des soins. Ainsi, un service accessible est un service déjà disponible qui est aisément utilisé par la population. L'accessibilité dépend de facteurs spatiaux comme l'emplacement des centres de soins, de facteurs organisationnels comme les heures d'ouverture des centres de soins de santé, de facteurs économiques comme le revenu des patients et de facteurs socioculturels comme la langue des patients.⁸⁸

Modèle d'analyse

Selon Donabedian,⁸⁸ il est possible d'évaluer la qualité des soins selon trois angles différents. Cette évaluation peut se faire sous l'angle de l'organisation du système de santé (*structure*). Elle peut se faire sous l'angle des pratiques médicales (*process*). Enfin, elle peut se faire sous l'angle des issues des soins de santé (*outcomes*). Étant donné l'aspect médico-politique de cette étude, l'approche appropriée est l'analyse de l'organisation (*structure*), que Donabedian définit comme étant les conditions sous lesquelles les soins de santé sont dispensés.⁸⁸ Ces conditions réfèrent aux ressources matérielles (comme l'acquisition d'appareils de haute technologie, les déficits d'établissements ou l'instauration de la télémédecine), aux ressources humaines (comme la distribution des effectifs médicaux ou les départs à la retraite) et aux caractéristiques organisationnelles (comme la création des GMF et des RUIS, les fusions d'établissements ou la mise en œuvre de projets cliniques).

Sources des données

Les données proviennent de deux sources différentes : auprès de gestionnaires et décideurs de la santé au Québec en poste entre 1991 et 2005, et à partir de documents écrits qui traitent de la gestion des soins de santé au Québec pour la période couverte par l'étude (1991-2005). Parmi les gestionnaires et décideurs de la santé, l'échantillonnage s'est effectué par choix raisonné. Certains individus dans les populations cibles ont d'abord été choisis et sollicités sur la base de leur disponibilité et des postes qu'ils occupent ou ont occupés. Par la suite, lors des entrevues, toute personne suggérée par le participant comme étant un informateur potentiel a été ciblée et sollicitée. Pour les individus interviewés, les critères d'inclusion étaient les suivants : avoir travaillé entre 1991 et 2005 à titre de décideur dans une

⁸⁸ DONABEDIAN Avedis. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: Oxford University Press, 2003

organisation ayant joué un rôle dans la gestion du secteur de la santé (est considéré un décideur toute personne ayant occupé un poste cadre de la haute direction d'une organisation, tel que représenté par l'organigramme de celle-ci). Les critères d'exclusion pour les individus sont les suivants : ne plus résider au Québec, être absent, non joignable (qualificatif donné après trois appels téléphoniques sans réponse ou sans retour d'appel) ou non disponible pour la période de collecte. Au total, 29 participants ont contribué à cette étude, dont sept provenaient du ministère de la santé (2 anciens ministres, 4 anciens sous-ministres, 1 directeur), vingt provenaient d'agences régionales de la santé et des services sociaux (5 directeurs généraux, 1 directeur général adjoint, 13 directeurs, 1 conseiller), et deux provenaient d'organismes non gouvernementaux (1 ancien président-directeur-général du Collège des médecins, 1 chef de service du secteur pharmaceutique).

Pour les documents écrits, nous avons utilisé une approche systématique et exhaustive. Nous avons sollicité toutes les ARSSS afin d'obtenir les documents produits répondant aux critères de sélection. Nous avons également effectué un repérage systématique à la Bibliothèque et Archives nationales du Québec afin d'identifier les documents grand public répondant aux critères de sélection. Pour les documents écrits, les critères d'inclusion étaient les suivants : avoir été rédigé ou publié entre 1991 et 2005 (sources primaires) ou présenter une analyse qui traite des années 1991 à 2005 (sources secondaires) ; étaient exclus tous les documents confidentiels qui ne peuvent être utilisés à des fins publiques et tous documents dont la source ne peut être confirmée. Le second type d'échantillon était constitué de plus de 250 publications et de rapports du MSSS et de l'INSPQ, de rapports annuels des RRSSS et des ADRLSSS, de même que de documents grand public (articles de presse, revues et autres publications).

Collecte de données

Les données ont été recueillies à partir d'entrevues semi dirigées menées auprès des individus constituant l'échantillon. Ces entrevues d'une durée d'environ 60 minutes ont été faites par téléphone par un agent de recherche. Au cours de l'entrevue, l'agent de recherche a tenté de faire ressortir les transformations qui ont eu lieu au cours de la période à l'étude. Une brève introduction a été faite pour expliquer l'importance de l'étude. Par la suite, l'agent a demandé au participant d'énumérer brièvement ses expériences de travail dans le système de santé québécois au cours de la période à l'étude. Enfin, l'agent entrait dans le vif du sujet avec les questions suivantes :

*A. Décrivez-moi le système de santé (de votre région) durant la période où vous occupiez tel poste.
1. En relation avec les ressources humaines, les ressources matérielles et les caractéristiques organisationnelles, le système de santé (de votre région) a-t-il subi des transformations au cours de cette période? Si oui, lesquelles ?*

Que pouvez-vous dire à propos de telle transformation ou tel changement ? Plus particulièrement dans votre région ?

*B. Que dire du système de santé (de votre région) et l'athérosclérose, l'ostéoporose et le diabète ?
1. Le système de santé (de votre région) a-t-il subi des transformations en ce qui concerne le diagnostic et le traitement de l'athérosclérose, l'ostéoporose et le diabète ?*

Que dire des listes d'attente quant au diagnostic et aux traitements de l'athérosclérose, de l'ostéoporose et du diabète ? Plus particulièrement dans votre région ?

Certaines questions, qui ne sont pas propres au contexte de l'entrevue, n'ont pas été posées. D'autres questions que celles-ci ont pu être posées selon la nature de la conversation en cours.

L'analyse des documents écrits a été effectuée selon le modèle d'analyse décrit précédemment.

Organisations représentées :

1. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
2. Régie de l'assurance-maladie du Québec
3. Institut national de santé publique du Québec
4. Merck Frosst Canada Ltée
5. Collège des médecins
6. ADRLSSSS des régions 1 à 16

Sources des documents :

1. Publications et rapports du MSSS
2. Publications et rapports de l'INSPQ
3. Rapports annuels des RRSSS et des ADRLSSS des régions 1 à 16
4. Documents grand public (articles de presse)

Validité

En ce qui concerne les données quantitatives à recueillir, elles sont le résultat d'analyses déjà faites par des organismes reconnus tels que le Ministère de la santé et des services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec, la Régie de l'assurance-maladie du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. Ces données sont ce que les historiens appellent des sources secondaires. Pour ce qui est des données qualitatives qui n'ont pas fait l'objet d'une analyse au préalable (sources primaires), leur validité sera établie grâce à la méthode de triangulation des données. Pour ce faire, une information n'est prise en compte que si elle est issue de trois sources différentes et indépendantes.⁸⁹ La validité est d'autant plus élevée si les trois sources sont de natures différentes (ex. article de journal, décideur, texte de loi). De plus, la validité des informations issues des analyses de contenu des entrevues est assurée en demandant aux participants de corriger, modifier et/ou approuver l'analyse sommaire effectuée immédiatement après l'entrevue.

En ce qui a trait à la validité du processus d'entrevue, une entrevue-test est tout d'abord menée auprès d'un volontaire en mesure de critiquer / commenter la performance de l'agent de recherche qui mènera les entrevues. Par la suite, une entrevue sur huit est écoutée par une tierce personne. C'est l'occasion pour cette tierce personne d'émettre des commentaires et de rediriger l'agent de recherche si besoin. La validité du processus est ainsi assurée.

Analyse

À partir du modèle d'analyse, il s'agit de décrire l'évolution de la disponibilité et de l'accessibilité aux soins de santé généraux et spécifiques aux trois maladies à l'étude, de 1991 à 2005. Il faut d'abord déterminer s'il y a eu des changements dans le système de santé durant cette période et si oui, lesquels. Lorsque ces changements ont été identifiés, ils sont classés selon qu'ils concernent l'organisation des soins de santé au niveau provincial ou au niveau régional. S'ils concernent le niveau régional, ils sont classés par régions sociosanitaires.

Tout en considérant le premier classement, les changements sont ensuite reclassés selon qu'ils concernent les soins de santé en général ou les soins spécifiques aux trois maladies chroniques, et selon qu'ils sont reliés aux ressources matérielles, aux ressources humaines ou aux caractéristiques organisationnelles.

Une fois que les données concernant les transformations du système de santé ont été recueillies, elles sont identifiées au moyen d'une analyse de type qualitatif des entrevues et des documents. Le processus se poursuit selon la méthode de Reviere : simplification des données, réarrangement des données et élaboration de conclusions.⁹⁰ La simplification des données consiste en la sélection des données qui concernent spécifiquement la question de recherche. Ces données brutes sont ensuite regroupées selon leur similitude. Selon les regroupements obtenus, des conclusions peuvent être tirées quant aux transformations observées et vécues par les individus ainsi que rapportées par les documents. Ces conclusions sont utilisées pour déterminer les indicateurs.

⁸⁹ DE KETELE Jean-Marie, ROEGIERS Xavier. *Méthodologie du recueil d'informations*. Coll. Pédagogies en développement, Série Méthodologie de la Recherche. Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 1991.

⁹⁰ REVIERE Rebecca ed. *Needs assessment : a creative and practical guide for social scientists*. Washington, D.C: Taylor & Francis, 1996.



Liste alphabétique des références

- Abitibi-Témiscamingue, A. D. R. L. S. S. S. S. (2004). Rapport annuel de gestion 2003-2004. MSSS, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Abitibi-Témiscamingue, C. (1992). Rapport annuel 1991-1992. MSSS, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Abitibi-Témiscamingue, R. (1993). Rapport annuel d'activités 1992-1993. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Abitibi-Témiscamingue, R. (1994). Rapport annuel d'activités 1993-1994. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Abitibi-Témiscamingue, R. (1995). Rapport annuel d'activités 1994-1995. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Abitibi-Témiscamingue, R. (1996). Rapport annuel d'activités 1995-1996. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Abitibi-Témiscamingue, R. (1997). Rapport annuel d'activités 1996-1997. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Abitibi-Témiscamingue, R. (1998). Rapport annuel d'activités 1997-1998. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Abitibi-Témiscamingue, R. (1999). Rapport annuel d'activités 1998-1999. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Abitibi-Témiscamingue, R. (2000). Rapport annuel d'activités 1999-2000. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Abitibi-Témiscamingue, R. (2001). Rapport annuel d'activités 2000-2001. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Abitibi-Témiscamingue, R. (2002). Rapport annuel d'activités 2001-2002. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Abitibi-Témiscamingue, R. (2003). Rapport annuel d'activités 2002-2003. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux.
- Anonyme. (1997). Maria: Campagne de financement. Le Soleil. Québec: p. A4.
- Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), Statistiques Relatives à l'Enseignement Médical au Canada, http://www.afmc.ca/pages/fr_main.html, visité le 06/11/2006.
- Baie-James, C. d. I. (1999). Rapport annuel d'activité 1998-1999. MSSS, Centre régionale de santé et de services sociaux de la Baie-James.
- Baie-James, C. d. I. (2000). Rapport annuel d'activités 1999-2000. MSSS, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.
- Baie-James, C. d. I. (2001). Rapport annuel d'activité 2000-2001. MSSS, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.
- Baie-James, C. d. I. (2003). Rapport d'activité d'activités 2001-2003. MSSS, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.
- Baie-James, C. d. I. (2004). Rapport annuel de gestion 2003-2004. MSSS, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.
- Bas-Saint-Laurent, A. D. R. L. S. S. S. S. (2004). Rapport annuel de gestion 2003-2004. MSSS, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Bas-Saint-Laurent, A. D. R. L. S. S. S. S. (2005). Rapport annuel de gestion 2004-2005. MSSS, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Bas-Saint-Laurent, R. R. S. S. S. (1995). Plan triennal 1995-1998 de transformation du réseau de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Bas-Saint-Laurent, R. R. S. S. S. (1995). Rapport annuel d'activités 1994-1995. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Bas-Saint-Laurent, R. R. S. S. S. (1996). Rapport annuel d'activités 1995-1996. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Bas-Saint-Laurent, R. R. S. S. S. (1997). Rapport annuel d'activités 1996-1997. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Bas-Saint-Laurent, R. R. S. S. S. (1998). Rapport annuel d'activités 1997-1998. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Bas-Saint-Laurent, R. R. S. S. S. (1999). Rapport annuel d'activités 1998-1999. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Bas-Saint-Laurent, R. R. S. S. S. (2000). Rapport annuel d'activités 1999-2000. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Bas-Saint-Laurent, R. R. S. S. S. (2001). Rapport annuel d'activités 2000-2001. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

- Bas-Saint-Laurent, R. R. S. S. S. (2002). Rapport annuel d'activités 2001-2002. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Bas-Saint-Laurent, R. R. S. S. S. (2003). Rapport annuel d'activités 2002-2003. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Briand, N. (2002). Centre hospitalier de Gaspé: Un nouveau scanner à tout prix. Le Soleil. Québec: p.A10.
- Capitale nationale, A. D. R. L. S. S. S. d. l. (2004). Rapport annuel de gestion 2003-2004. MSSS, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale.
- Chaudière-Appalaches, A. (2005). Rapport annuel de gestion 2004-2005. MSSS, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Chaudière-Appalaches, R. (1993). Rapport annuel d'activités 1992-1993. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches.
- Chaudière-Appalaches, R. (1994). Rapport annuel d'activités 1993-1994. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches.
- Chaudière-Appalaches, R. (1995). Rapport annuel d'activités 1994-1995. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches.
- Chaudière-Appalaches, R. (1996). Rapport annuel d'activités 1995-1996. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches.
- Chaudière-Appalaches, R. (1997). Rapport annuel d'activités 1996-1997. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches.
- Chaudière-Appalaches, R. (1998). Rapport annuel d'activités 1997-1998. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches.
- Chaudière-Appalaches, R. (1999). Rapport annuel d'activités 1998-1999. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches.
- Chaudière-Appalaches, R. (2000). Rapport annuel d'activités 1999-2000. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches.
- Chaudière-Appalaches, R. (2001). Rapport annuel d'activités 2000-2001. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches.
- Chaudière-Appalaches, R. (2002). Rapport annuel d'activités 2001-2002. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches.
- Chaudière-Appalaches, R. (2003). Évolution du système sociosanitaire 1994 à 2002 (demande du cabinet). MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Chaudière-Appalaches, R. (2003). Rapport annuel d'activités 2002-2003. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches.
- Chaudière-Appalaches, R. (2004). Rapport annuel de gestion 2003-2004. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches.
- Clair, M. (2001). *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 454p.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (2000). Consultation publique sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux. M. d. l. S. e. d. S. sociaux, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- Contandriopoulos, M.-A. F. e. A.-P. (1997). Les effectifs médicaux au Québec: Mieux comprendre le passé pour envisager l'avenir. C. d. m. d. Québec. Montréal, Collège des médecins du Québec.
- Contandriopoulos, M.-A. F. e. A.-P. (1997). Statistiques descriptives des effectifs médicaux au Québec, de 1980 à 1994. C. d. m. d. Québec. Montréal, Collège des médecins.
- Côte-Nord, A. d. r. l. s. s. s. d. l. (2005). Rapport annuel de gestion 2004-2005. MSSS, Agence de développement des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux de la Côte-Nord.
- Côte-Nord, R. d. (1993). Rapport annuel d'activités 1992-1993. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.
- Côte-Nord, R. d. (1994). Rapport annuel d'activités 1993-1994. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.
- Côte-Nord, R. d. (1995). Rapport annuel d'activités 1994-1995. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.
- Côte-Nord, R. d. (1996). Rapport annuel d'activités 1995-1996. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.
- Côte-Nord, R. d. (1997). Rapport annuel d'activités 1996-1997. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.
- Côte-Nord, R. d. (1998). Rapport annuel d'activités 1997-1998. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.
- Côte-Nord, R. d. (1999). Rapport annuel d'activités 1998-1999. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.
- Côte-Nord, R. d. (2000). Rapport annuel d'activités 1999-2000. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.
- Côte-Nord, R. d. (2001). Rapport annuel d'activités 2000-2001. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.
- Côte-Nord, R. d. (2002). Rapport annuel d'activités 2001-2002. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.
- Côte-Nord, R. d. (2003). Rapport annuel d'activités 2002-2003. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.
- Côte-Nord, R. d. (2004). Rapport annuel d'activités 2003-2004. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.
- DE KETELE Jean-Marie, ROEGIERS Xavier. *Méthodologie du recueil d'informations*. Coll. Pédagogies en développement, Série Méthodologie de la Recherche. Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 1991.

- Delisle, N. (1998). Les députés péquistes ont bien accueilli le nouveau ministre. *Le Droit*. Québec: p.18.
- Dionne, M.-L. (1995). Pour recruter des médecins sur son territoire: La Gaspésie dévoile ses charmes. *Le Soleil*. Québec: p. B1.
- Donabedian Avedis. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press, 2003.
- Estrie, R. d. l. (1994). Rapport annuel d'activités 1993-1994. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- Estrie, R. d. l. (1996). Rapport annuel d'activités 1995-1996. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- Estrie, R. d. l. (1997). Rapport annuel d'activités 1996-1997. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- Estrie, R. d. l. (1998). Rapport annuel d'activités 1997-1998. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- Estrie, R. d. l. (1999). Rapport annuel d'activités 1998-1999. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- Estrie, R. d. l. (2000). Rapport annuel d'activités 1999-2000. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- Estrie, R. d. l. (2001). Rapport annuel d'activités 2000-2001. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- Estrie, R. d. l. (2002). Rapport annuel d'activités 2001-2002. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- Estrie, R. d. l. (2003). Rapport annuel d'activités 2002-2003. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- FORTIN Marie-Fabienne. *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal : Décarie Éditeur, 1996.
- Gagné, G. (1995). *Dénouement de la crise*. Le Soleil. Québec: p.B1.
- Gagné, G. (2003). *Centre hospitalier de Chandler: Acquisition d'un scanner attendu depuis 1988*. Le Soleil. Québec: p. A12.
- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, A. D. R. L. S. S. S. S. (2004). *Rapport annuel de gestion 2003-2004*. R. d. Montérégie, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.
- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, R. r. d. l. s. e. d. s. s. (1999). *Plan de travail 1999-2002 du réseau de la santé et des services sociaux en Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine*. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux.
- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, R. r. d. l. s. e. d. s. s. (2001). *Plan régional de répartition des effectifs médicaux spécialisés 2001-2003*. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.
- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, R. R. S. S. S. (1993). *Rapport annuel d'activités 1992-1993*. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.
- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, R. R. S. S. S. (1994). *Rapport annuel d'activités 1993-1994*. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.
- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, R. R. S. S. S. (1995). *Rapport annuel d'activités 1994-1995*. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.
- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, R. R. S. S. S. (1996). *Rapport annuel d'activités 1995-1996*. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.
- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, R. R. S. S. S. (1997). *Rapport annuel d'activités 1996-1997*. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.
- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, R. R. S. S. S. (1998). *Rapport annuel d'activités 1997-1998*. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.
- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, R. R. S. S. S. (1999). *Rapport annuel d'activités 1998-1999*. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.
- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, R. R. S. S. S. (2000). *Rapport annuel d'activités 1999-2000*. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.
- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, R. R. S. S. S. (2001). *Rapport annuel d'activités 2000-2001*. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.
- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, R. R. S. S. S. (2002). *Rapport annuel d'activités 2001-2002*. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.
- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, R. R. S. S. S. (2003). *Rapport annuel d'activités 2002-2003*. MSSS, Régie régional de la santé et des services sociaux Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.
- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, R. R. S. S. S. (2004). *Plan régional de répartition des effectifs médicaux spécialisés 2004*. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.
- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, R. R. S. S. S. (2005). *Rapport annuel de gestion 2004-2005*. MSSS, Agence de développement des réseaux locaux des services de santé et de services sociaux de Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.
- GAUTHIER Benoit. *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*. Sillery : Presses de l'Université du Québec, 1990.
- Le groupe tactique d'intervention en collaboration avec l'Association des médecins d'urgence du Québec. *Les urgences au Québec 1990/1997 : bilan, perspectives et normes*, document de consultation, MSSS, février 1998, 50 p.

Institut de la statistique du Québec (ISQ),
http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=121,0,0,1,0,0 janvier 2007.

INSPQ (1999). Rapport annuel de gestion 1998-1999. M. d. l. s. e. d. s. sociaux, Les Publications du Québec.

INSPQ (2000). Rapport annuel de gestion 1999-2000. M. d. l. s. e. d. s. sociaux, Les Publications du Québec.

INSPQ (2001). Rapport annuel de gestion 2000-2001. M. d. l. s. e. d. s. sociaux, Les Publications du Québec.

INSPQ (2002). Rapport annuel de gestion 2001-2002. Ministère de la santé et des services sociaux. M. d. l. s. e. d. s. sociaux, Les Publications du Québec.

INSPQ (2003). Rapport annuel de gestion 2002-2003. M. d. l. s. e. d. s. s. MSSS, Les Publications du Québec.

INSPQ (2004). Rapport annuel de gestion 2003-2004. M. d. l. s. e. d. s. s. MSSS, Les Publications du Québec.

KARSENTI Thierry, SAVOIE-ZAJC Lorraine.
Introduction à la recherche en éducation. Sherbrooke : Éditions du CRP, 2000.

Lanaudière, R. d. (1994). Rapport annuel d'activités 1993-1994. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Lanaudière, R. d. (1995). Rapport annuel d'activités 1994-1995. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Lanaudière, R. d. (1996). Rapport annuel d'activités 1995-1996. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Lanaudière, R. d. (1997). Rapport annuel d'activités 1996-1997. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Lanaudière, R. d. (1998). Rapport annuel d'activités 1997-1998. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Lanaudière, R. d. (1999). Rapport annuel d'activités 1998-1999. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Lanaudière, R. d. (2000). Rapport annuel d'activités 1999-2000. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Lanaudière, R. d. (2001). Rapport annuel d'activités 2000-2001. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Lanaudière, R. d. (2002). Rapport annuel d'activités 2001-2002. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Lanaudière, R. d. (2003). Rapport annuel d'activités 2002-2003. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Lanaudière, R. d. (2004). Rapport annuel de gestion 2003-2004. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Laurentides, R. (1993). Rapport annuel d'activités 1992-1993. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Laurentides, R. (1994). Rapport annuel d'activités 1993-1994. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Laurentides, R. (1995). Rapport annuel d'activités 1994-1995. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Laurentides, R. (1996). Rapport annuel d'activités 1995-1996. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Laurentides, R. (1997). Rapport annuel d'activités 1996-1997. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Laurentides, R. (1999). Rapport annuel d'activités 1998-1999. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Laurentides, R. (2001). Rapport annuel d'activités 2000-2001. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Laurentides, R. (2002). Rapport annuel d'activités 2001-2002. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Laurentides, R. (2003). Rapport annuel d'activités 2002-2003. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Laval, A. d. (2004). Rapport annuel de gestion 2003-2004. MSSS, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval.

Laval, A. d. (2005). Rapport annuel de gestion 2004-2005. MSSS, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval.

Laval, R. d. (1993). Rapport annuel d'activités 1992-1993. MSSS, Régie régionale de santé et de services sociaux de Laval.

Laval, R. d. (1994). Rapport annuel d'activités 1993-1994. MSSS, Régie régionale de santé et de services sociaux de Laval.

Laval, R. d. (1995). Rapport annuel d'activités 1994-1995. MSSS, Régie régionale de santé et de services sociaux de Laval.

Laval, R. d. (1996). Rapport annuel d'activités 1995-1996. MSSS, Régie régionale de santé et de services sociaux de Laval.

Laval, R. d. (1997). Rapport annuel d'activités 1996-1997. MSSS, Régie régionale de santé et de services sociaux de Laval.

Laval, R. d. (1998). Rapport annuel d'activités 1997-1998. MSSS, Publications du Québec.

Laval, R. d. (1999). Rapport annuel d'activités 1998-1999. MSSS, Publications du Québec.

Laval, R. d. (2000). Rapport annuel d'activités 1999-2000. MSSS, Publications du Québec.

Laval, R. d. (2001). Rapport annuel d'activités 2000-2001. MSSS, Publications du Québec.

Laval, R. d. (2002). Rapport annuel d'activités 2001-2002. MSSS, Publications du Québec.

- Laval, R. d. (2003). Rapport annuel d'activités 2002-2003. MSSS, Publications du Québec.
- Mauricie-Bois-Francs, C. R. S. S. S. (1992). Rapport annuel 1991-1992. MSSS, Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Mauricie-Bois-Francs.
- Mauricie-Bois-Francs, R. R. S. S. S. (1993). Rapport annuel d'activités 1992-1993. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie-Bois-Francs.
- Mauricie-Bois-Francs, R. R. S. S. S. (1994). Rapport annuel d'activités 1993-1994. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie-Bois-Francs.
- Mauricie-Bois-Francs, R. R. S. S. S. (1995). Rapport annuel d'activités 1994-1995. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie-Bois-Francs.
- Mauricie-Centre-du-Québec, A. D. R. L. S. S. S. S. (2004). Document d'appui à l'audition devant la Commission parlementaires des affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec. MSSS, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec.
- Mauricie-Centre-du-Québec, A. D. R. L. S. S. S. S. (2004). Modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Mauricie et en Centre-du-Québec. MSSS, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec.
- Mauricie-Centre-du-Québec, A. D. R. L. S. S. S. S. (2004). Projet régional sur le diabète. MSSS, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec.
- Mauricie-Centre-du-Québec, A. D. R. L. S. S. S. S. (2004). Rapport annuel de gestion 2003-2004. MSSS, Agence de développement des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec.
- Mauricie-Centre-du-Québec, A. D. R. L. S. S. S. S. (2005). L'équité dans l'accessibilité aux services en Mauricie et au Centre-du-Québec. MSSS, Agence de développement des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec.
- Mauricie-Centre-du-Québec, A. D. R. L. S. S. S. S. (2005). Rapport annuel de gestion 2004-2005. MSSS, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec.
- Mauricie-Centre-du-Québec, R. R. S. S. S. (1996). Rapport annuel d'activités 1995-1996. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie-Bois-Francs.
- Mauricie-Centre-du-Québec, R. R. S. S. S. (1997). Rapport annuel d'activités 1996-1997. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec.
- Mauricie-Centre-du-Québec, R. R. S. S. S. (1999). Rapport annuel d'activités 1998-1999. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec.
- Mauricie-Centre-du-Québec, R. R. S. S. S. (2000). Rapport annuel d'activités 1999-2000. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec.
- Mauricie-Centre-du-Québec, R. R. S. S. S. (2001). Rapport annuel d'activités 2000-2001. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec.
- Mauricie-Centre-du-Québec, R. R. S. S. S. (2002). Rapport annuel d'activités 2001-2002. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec.
- Mauricie-Centre-du-Québec, R. R. S. S. S. (2003). Rapport annuel d'activités 2002-2003. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec.
- Montréal, A. d. (2004). Rapport annuel de gestion 2003-2004. MSSS, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie.
- Montréal, A. d. (2005). Rapport annuel de gestion 2004-2005. MSSS, Agence de développement des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Montréal, R. d. (1993). Rapport annuel d'activités 1992-1993. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Montréal, R. d. (1994). Rapport annuel d'activités 1993-1994. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Montréal, R. d. (1995). Rapport annuel d'activités 1994-1995. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Montréal, R. d. (1996). Rapport annuel d'activités 1995-1996. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Montréal, R. d. (1997). Rapport annuel d'activités 1996-1997. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Montréal, R. d. (1998). Rapport annuel d'activités 1997-1998. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Montréal, R. d. (1999). Rapport annuel d'activités 1998-1999. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Montréal, R. d. (2000). Rapport annuel d'activités 1999-2000. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Montréal, R. d. (2001). Rapport annuel d'activités 2000-2001. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Montréal, R. d. (2002). Rapport annuel d'activités 2001-2002. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Montréal, R. d. (2003). Rapport annuel d'activités 2002-2003. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

- Montréal-Centre, A. (2004). Rapport annuel d'activités 2003-2004. MSSS, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal-Centre.
- Montréal-Centre, A. (2005). Rapport annuel de gestion 2004-2005. MSSS, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal-Centre.
- Montréal-Centre, R. (1993). Rapport d'activités 1992-1993. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Montréal-Centre, R. (1994). Rapport annuel d'activités 1993-1994. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Montréal-Centre, R. (1995). Rapport annuel d'activités 1994-1995. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Montréal-Centre, R. (1996). Rapport annuel d'activités 1995-1996. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Montréal-Centre, R. (1997). Rapport annuel d'activités 1996-1997. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Montréal-Centre, R. (1998). Rapport d'activités 1997-1998. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Montréal-Centre, R. (1999). Rapport annuel d'activités 1998-1999. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Montréal-Centre, R. (2000). Rapport annuel d'activités 1999-2000. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Montréal-Centre, R. (2001). Rapport annuel d'activités 2000-2001. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Montréal-Centre, R. (2002). Rapport annuel d'activités 2001-2002. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Montréal-Centre, R. (2003). Rapport annuel d'activités 2002-2003. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Montréal, C. d. (1991). Rapport des activités pour les années 1990-1991. MSSS, Conseil régional de santé et de services sociaux de Montréal.
- Montréal, C. d. (1992). Rapport des activités pour les années 1991-1992. MSSS, Conseil régional de santé et de services sociaux de Montréal.
- MSSS (1991). Rapport annuel 1990-1991, Publications du Québec.
- MSSS (1992). Rapport annuel 1991-1992, Publications du Québec.
- MSSS (1993). Rapport annuel 1992-1993, Publications du Québec.
- MSSS (1994). Rapport annuel 1993-1994, Publications du Québec.
- MSSS (1995). Rapport annuel 1994-1995, Publications du Québec.
- MSSS (1996). Rapport annuel 1995-1996, Publications du Québec.
- MSSS (1997). Rapport annuel 1996-1997, Publications du Québec.
- MSSS (1998). Rapport annuel 1997-1998, Publications du Québec.
- MSSS (1999). Rapport annuel 1998-1999, Publications du Québec.
- MSSS (2000). Rapport annuel 1999-2000, Publications du Québec.
- MSSS. (2000). Organisation des services: état de situation et perspectives. M. d. l. S. e. d. S. sociaux, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- MSSS (2001). Rapport annuel 2000-2001, Publications du Québec.
- MSSS (2002). Rapport annuel 2001-2002. MSSS, Publications du Québec.
- MSSS (2003). Rapport annuel 2002-2003. MSSS, Publications du Québec.
- MSSS (2004). Rapport annuel de gestion 2003-2004. MSSS, Publications du Québec.
- MSSS (2005). Plan stratégique 2005-2010, Publications du Québec.
- MSSS (2005). Rapport annuel de gestion 2004-2005. MSSS, Publications du Québec.
- MSSS, M. d. l. s. e. d. s. s. (1992). La politique de la santé et du bien-être, Publications du Québec.
- MSSS, Service du développement de l'information (SDI), site internet http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?accueil, visité le 06/11/2006.
- Nord-du-Québec, R. d. (1993). Rapport annuel d'activités 1992-1993. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec.
- Nord-du-Québec, R. d. (1994). Rapport annuel d'activités 1993-1994. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec.
- Nord-du-Québec, R. d. (1995). Rapport annuel d'activités 1994-1995. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec.
- Nord-du-Québec, R. d. (1996). Rapport annuel d'activité 1995-1996. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec.
- Nord-du-Québec, R. d. (1997). Rapport annuel d'activité 1996-1997. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec.
- Nord-du-Québec, R. d. (1998). Rapport annuel d'activités 1997-1998. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec.
- Outaouais, A. d. l. (2004). Rapport annuel de gestion 2003-2004. MSSS, Agence de développement des réseaux locaux des services de santé et de services sociaux de l'Outaouais.
- Outaouais, R. d. (1993). Rapport annuel d'activités 1992-1993. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux.

- Outaouais, R. d. (1994). Rapport annuel d'activités 1993-1994. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Outaouais, R. d. (1995). Rapport annuel d'activités 1994-1995. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Outaouais, R. d. (1996). Rapport annuel d'activités 1995-1996. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Outaouais, R. d. (1997). Rapport annuel d'activités 1996-1997. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Outaouais, R. d. (1998). Rapport annuel d'activités 1997-1998. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Outaouais, R. d. (1999). Rapport annuel d'activités 1998-1999. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Outaouais, R. d. (2000). Rapport annuel d'activités 1999-2000. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Outaouais, R. d. (2001). Rapport annuel d'activités 2000-2001. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Outaouais, R. d. (2002). Rapport annuel d'activités 2001-2002. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Outaouais, R. d. (2003). Rapport annuel d'activités 2002-2003. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Plan de monitoring interprétatif de l'impact des transformations des services de santé de première ligne sur la population montréalaise. Résumé exécutif. Pierre Tousignant et al. Publication conjointe de la Direction de santé publique de Montréal et de l'Institut de santé publique du Québec. 2005, 6 pages.
- POUPART Jean, GROULX Lionel-Henri, DESLAURIERS Jean-Pierre, LAPERRIÈRE Anne, MAYER Anne, PIRES Alvaro. La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. Boucherville : Gaétan Morin éditeur, 1997.
- POURTOIS Jean-Pierre, DESMET Huguette. Épistémologie et instrumentation en sciences humaines. Liège ; Bruxelles : Pierre Mardaga éditeur, 1988.
- Programme National de Santé Publique 2003-2012, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, 2003.
- Québec, R. R. S. S. S. d. (1993). Rapport annuel d'activités 1992-1993. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Québec, R. R. S. S. S. d. (1994). Rapport annuel d'activités 1993-1994. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Québec, R. R. S. S. S. d. (1995). Rapport annuel d'activités 1994-1995. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Québec, R. R. S. S. S. d. (1996). Rapport annuel d'activités 1995-1996. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Québec, R. R. S. S. S. d. (1997). Rapport annuel d'activités 1996-1997. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Québec, R. R. S. S. S. d. (1998). Rapport annuel des activités 1997-1998. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Québec, R. R. S. S. S. d. (1999). Rapport annuel d'activités 1998-1999. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Québec, R. R. S. S. S. d. (2000). Rapport annuel d'activité 1999-2000. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Québec, R. R. S. S. S. d. (2001). Rapport annuel d'activité 2000-2001. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Québec, R. R. S. S. S. d. (2002). Rapport annuel d'activités 2001-2002. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Québec, R. R. S. S. S. d. (2003). Rapport annuel d'activités 2002-2003. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Statistiques annuelles, site internet www.ramq.gouv.qc.ca, visité le 02/02/2007.
- REVIÈRE Rebecca ed. Needs assessment: a creative and practical guide for social scientists. Washington, D.C: Taylor & Francis, 1996.
- Ricketts TC. Rural health in the United States, Oxford University Press, New York, 1999.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 1, 6 sept. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 2, 7 sept. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 3, 14 sept. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 4, 15 sept. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 5, 19 sept. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 6, 21 sept. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 7, 23 sept. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 8-9, 26 sept. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 10, 28 sept. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 11, 28 sept. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 12, 30 sept. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 13, 4 oct. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 14, 7 oct. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 15, 14 oct. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 16, 18 oct. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 17, 24 oct. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 18, 24 oct. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 19, 31 oct. 2005.

- Rouleau, J. (2005). Entrevue no 20, 4 nov. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 21, 10 nov. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 22, 14 nov. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 23, 15 nov. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 24, 16 nov. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 25, 2 déc. 2005.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 26, 21 déc. 2005.
- Rouleau, J. (2005). No. 27, 19 déc. 2005.
- Rouleau, J. (2006). Entrevue no. 28, 9 janv. 2006.
- Rouleau, J. (2005). Entrevue no. 29, 20 déc. 2005.
- Saguenay-Lac-St-Jean, R. (1993). Rapport annuel d'activités 1992-1993. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean.
- Saguenay-Lac-St-Jean, R. (1994). Rapport annuel d'activités 1993-1994. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean.
- Saguenay-Lac-St-Jean, R. (1995). Rapport annuel d'activités 1994-1995. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean.
- Saguenay-Lac-St-Jean, R. (1996). Rapport annuel d'activités 1995-1996. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean.
- Saguenay-Lac-St-Jean, R. (1997). Rapport annuel d'activités 1996-1997. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean.
- Saguenay-Lac-St-Jean, R. (1998). Rapport annuel d'activités 1997-1998. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean.
- Saguenay-Lac-St-Jean, R. (1999). Rapport annuel d'activités 1998-1999. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean.
- Saguenay-Lac-St-Jean, R. (2000). Rapport annuel d'activités 1999-2000. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean.
- Saguenay-Lac-St-Jean, R. (2001). Rapport annuel d'activités 2000-2001. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean.
- Saguenay-Lac-St-Jean, R. (2002). Rapport annuel d'activités 2001-2002. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean.
- Saguenay-Lac-St-Jean, R. (2003). Rapport annuel d'activités 2002-2003. MSSS, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean.
- Statistique Canada, cartes des régions sociosanitaires, site internet
http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/cycle3_1/maps/que_qc_f.pdf, visité le 06/07/2007.
- Wilson, K. and Rosenberg, M. W., Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities, *Health Policy*, 2004; 67 (2): 137-48.

