

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ÉTUDES RÉGIONALES**

**PAR
MARTIN TRUCHON
B. EN SCIENCES SOCIALES**

**POLITIQUE SOCIALE ET DÉVELOPPEMENT RÉGIONAL:
IMPACT DES DÉPENSES SOCIOSANITAIRES SUR LES
DISPARITÉS RÉGIONALES AU QUÉBEC**

JUIN 1997



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

RÉSUMÉ

Cette recherche a pour objet la persistance et la progression constante des inégalités entre les régions du Québec dans la répartition des ressources sociosanitaires au cours des vingt-cinq dernières années. De nature empirique et évaluative, elle se situe dans une perspective d'évaluation et d'analyse critique en matière d'allocation et de répartition interrégionale des ressources sociosanitaires.

Cette recherche repose sur l'hypothèse suivante: la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires détermine la répartition interrégionale des emplois directs et indirects reliés à ce secteur d'activité. Par voie de conséquence, les disparités dans la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires entraînent des disparités d'emplois dans ce secteur d'activité entre les régions. Compte tenu de l'importance des masses salariales et du volume d'emplois directs et indirects découlant des milliards de dollars dépensés annuellement par le Gouvernement du Québec en santé et en services sociaux, les disparités dans la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires suffisent, à elles seules, à amplifier de façon importante les disparités qui existent déjà dans la répartition interrégionale de l'emploi au Québec.

Le but de cette recherche est de faire connaître, dans les milieux académiques et régionaux, un nouveau courant d'analyse qui a émergé au Saguenay-Lac-Saint-Jean au cours des dernières années, en mettant en évidence l'intérêt et l'utilité de données disponibles jusque là peu considérées et basées sur des données quantitatives et des analyses statistiques élaborées dans le cadre d'études opérationnelles du domaine de la santé et des services sociaux. Nous espérons ainsi faire la synthèse d'une nouvelle doctrine évaluative basée sur des données quantitatives et des analyses statistiques élaborées dans le cadre d'études opérationnelles exclusives au domaine de la santé et des services sociaux.

Certaines de ces réflexions ont été produites en concertation avec des milieux non gouvernementaux, universitaires et syndicaux. Elles devraient permettre de comprendre et

d'expliquer dans leur complexité les problématiques socio-économiques et sociosanitaires des populations régionales et contribuer à la démocratisation des processus décisionnels régionaux et nationaux dans une des missions fondamentales de l'État québécois. Ces réflexions devraient également montrer l'intérêt plus universel de ces approches scientifiques, évaluatives et politiques, bref les situer dans une dynamique sociale plus générale. Ces analyses peuvent notamment inspirer de nouveaux modèles de répartition des fonds publics.

Cette recherche a trois objectifs. Le premier consiste à mesurer l'importance des disparités interrégionales dans l'allocation des ressources sociosanitaires au Québec. Il consiste à évaluer les disparités entre les régions au plan de la répartition des ressources entre les centres de responsabilité. Par rapport à cet objectif, les écarts observés entre le pourcentage des ressources financières disponibles dans chaque région du Québec et le prorata de la population du Québec qui habite dans chacune de ces régions permettent de mesurer l'importance des manques à gagner ou des surplus financiers en découlant.

Le deuxième objectif consiste à identifier les causes de ces disparités. Or, celles-ci mettent en cause le caractère fortement centralisé du système, le mode de financement basé sur une approche par « programme-clientèle », les écarts entre les indicateurs de besoins du MSSS et les besoins réels des populations régionales et l'aspect pervers des méthodes utilisées pour répartir les ressources entre les régions.

Le troisième objectif vise à mettre en évidence les impacts démographiques, économiques et sociaux de ces disparités sur les populations régionales. Pour ce faire, ces dernières sont divisées en deux catégories d'impacts. La première regroupe les impacts qui affectent l'ensemble des populations et des citoyens qu'elles regroupent, qu'ils utilisent ou non les services offerts. Les conséquences démographiques, économiques et sociales de ces disparités sont alors évaluées en rapport avec la capacité de développement des régions et l'état de santé et de bien-être de leur population respective. La deuxième catégorie regroupe les impacts qui affectent seulement, mais directement et en première instance, les utilisateurs de services, c'est-à-dire les clientèles ou, si l'on préfère, les bénéficiaires qui utilisent ou ont effectivement recours aux services offerts. Dans

ce cas-ci, ce sont les conséquences des disparités sur la mobilité interrégionale des clientèles et les profils régionaux de consommation des services, qui sont analysées.

En conclusion, trois constats se dégagent de ces analyses. Premièrement, ces inégalités vont à l'encontre des responsabilités confiées au système en matière d'équité et de développement social, en contrevenant aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipulant que les ressources doivent être réparties équitablement entre les régions, en fonction des populations à desservir, afin d'atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions. Deuxièmement, l'état de santé et de bien-être des populations ne fait manifestement pas partie des facteurs sur lesquels se base la répartition interrégionale des ressources. Troisièmement, le système sociosanitaire québécois ne correspond pas à ce que l'on entend par une véritable politique sociale, mais ressemble plutôt à un système de soins destinés à corriger des dysfonctionnements individuels.

REMERCIEMENTS

Ce mémoire n'aurait pu être réalisé sans l'aide de certaines personnes. Cette recherche est en quelque sorte le couronnement des efforts partagés d'un groupe de personnes que je tiens à remercier pour leur contribution et leur soutien tout au long de la réalisation de cet ouvrage.

En premier lieu, je tiens à remercier tout particulièrement M. Marc-André Morency, professeur au département des sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi, pour les encouragements et les précieux conseils qu'il m'a prodigué, pour le professionnalisme et la disponibilité dont il a fait preuve et pour la confiance qu'il m'a accordée tout au long de cette recherche.

Je tiens également à remercier de façon toute particulière M. Charles Côté et M. Daniel Larouche, de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, qui ont bien voulu répondre à mes nombreuses questions et qui m'ont fourni la plupart des méthodes de recherche et des données essentielles à la réalisation de ce travail. Je les remercie sincèrement pour le temps précieux qu'ils m'ont accordé et de m'avoir permis d'utiliser des études qu'ils ont réalisées exclusivement pour la régie. Ces échanges m'ont permis d'approfondir mes connaissances en matière de recherche évaluative et d'avoir en main les données pertinentes à l'achèvement de cette recherche.

Je remercie également M. Charles Côté et Mme. Danielle Maltais, professeure et chercheure au département des sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi, d'avoir accepté de lire et de me faire part de leurs commentaires sur ce mémoire.

Finalement, je désire exprimer toute ma gratitude à mes parents, Nicole et Jean-Louis, pour tout le support qu'ils m'ont donné tout au long de mes études. Sans leur aide, ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
TABLE DES MATIÈRES.....	iii
LISTE DES CARTES.....	ix
LISTE DES FIGURES.....	x
LISTE DES GRAPHIQUES.....	xi
LISTE DES SCHÉMAS.....	xiv
LISTE DES TABLEAUX.....	xv
LISTE DES SIGLES.....	xix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE UN: CADRE D'ANALYSE POUR UNE ÉVALUATION DE LA RÉ-PARTITION INTERRÉGIONALE DES RESSOURCES SOCIO-SANITAIRES AU QUÉBEC.....	8
1.1 - Introduction.....	9
1.2 - Quelques éléments de définition.....	10
1.2.1 - Une croissance économique sans génération d'inégalité: une condition sine qua non du développement des régions au Québec.....	10
1.2.2 - Évaluation des effets attendus et inattendus de la répartition inter-régionale des ressources sociosanitaires au Québec.....	18

1.3 - État actuel de la situation.....	26
1.3.1 - 30 ans d'échec à la réduction des disparités interrégionales et des écarts intrarégionaux.....	27
1.3.2 - Une répartition inégalitaire de la richesse collective.....	28
1.4 - Évolution du système sociosanitaire québécois de 1960 à aujourd'hui.....	29
1.4.1 - 1960 à 1969.....	30
1.4.2 - 1970 à 1984.....	38
1.4.3 - 1985 à 1991.....	57
1.4.4 - 1991 à aujourd'hui.....	63
1.5 - Conclusion.....	65
 CHAPITRE DEUX: QUELQUES ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION POUR UNE ANALYSE CRITIQUE DES MÉTHODES DE RÉPARTITION INTERRÉGIONALE DES RESSOURCES SOCIOSANITAIRES AU QUÉBEC.....	67
2.1 - Introduction.....	68
2.2 - Fondements et principes de base du système sociosanitaire québécois.....	69
2.2.1 - Les trois niveaux d'intervention de l'État.....	70
2.2.2 - Le cadre législatif: la <i>Loi sur l'administration financière du Québec</i> et la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>	73
2.3 - Critique des mécanismes de répartition interrégionale des ressources.....	79
2.3.1 - La méthode dite historique de calcul et de répartition des budgets.....	79
2.3.2 - L'approche par « programme-clientèle » et la formule de l'indicateur synthétique global pondéré.....	86

2.4 - Évaluation des écarts entre les objectifs du système et les faits observés.....	110
2.4.1 - La confusion entre les paliers décisionnel, exécutif et administratif.....	111
2.4.2 - La distinction entre la décentralisation et la déconcentration administrative.....	113
2.4.3 - La différence entre un système de santé et un système de soins.....	116
2.5 - Conclusion.....	117
 CHAPITRE TROIS: INVALIDATION DES PRÉVISIONS DÉMOGRAPHIQUES-DU MSSS COMME PARAMÈTRES DANS LE CALCUL DES INDICATEURS DE BESOINS SERVANT À LA RÉPARTITION INTERRÉGIONALE DES RESSOURCES SOCIOSANITAIRES.....	 119
3.1 - Introduction.....	120
3.2 - Invalidation des prévisions démographiques du MAS et du MSSS.....	121
3.3 - Invalidation du modèle SUPERPOP.....	125
3.4 - Invalidation du FIB de la RAMQ.....	141
3.5 - Conclusion.....	160
 CHAPITRE QUATRE: PROFIL DES INÉGALITÉS DANS LA RÉPARTITION INTERRÉGIONALE DES RESSOURCES SOCIOSANITAIRES AU QUÉBEC: CALCUL DES MANQUES À GAGNER ET DES SURPLUS FINANCIERS ET MESURE DES NIVEAUX DE SOUS-FINANCEMENT OU DE SUR-FINANCEMENT DES RÉGIONS SOCIOSANITAIRES.....	 163
4.1 - Introduction.....	164
4.2 - Profil des manques à gagner et des surplus financiers des régions sociosanitaires au Québec.....	165

4.3 - Profil des niveaux de sous-financement ou de sur-financement des régions socio-sanitaires au Québec.....	179
4.4 - Synthèse des inégalités observées dans la répartition interrégionale des ressources financières.....	188
4.5 - Conclusion.....	198
CHAPITRE CINQ: IMPACTS DES DISPARITÉS DANS LA RÉPARTITION IN- TERRÉGIONALE DES RESSOURCES SOCIO-SANITAIRES SUR LA DISTRIBUTION DE L'EMPLOI, LES MOUVE- MENTS MIGRATOIRES ET LES VARIABLES SOCIO- SANITAIRES DES POPULATIONS RÉGIONALES.....	201
5.1 - Introduction.....	202
5.2 - La relation entre la répartition interrégionale des ressources et les faits de population: le modèle d'analyse utilisé.....	207
5.3 - Impacts des inégalités dans la répartition interrégionale de la richesse collective sur le bien-être des populations régionales: application du modèle.....	214
5.3.1 - Les disparités interrégionales dans la répartition des emplois disponibles.....	216
5.3.2 - L'exode des jeunes à la recherche d'un emploi.....	244
5.3.3 - Les impacts sur l'évolution et la structure démographique des populations régionales.....	250
5.3.4 - Les impacts sur les variables socio-sanitaires des populations régionales.....	258
5.4 - Impacts sur l'éligibilité à l'obtention du financement public.....	259
5.5 - Conclusion.....	260

CHAPITRE SIX: IMPACTS DES DISPARITÉS DANS LA RÉPARTITION IN- TERRÉGIONALE DES RESSOURCES SOCIOSANITAIRES SUR LA MOBILITÉ INTERRÉGIONALE DES CLIENTÈLES ET LES PROFILS RÉGIONAUX DE CONSOMMATION DES SERVICES	263
6.1 - Introduction.....	264
6.2 - Profil de la mobilité interrégionale des clientèles sociosanitaires au Québec.....	266
6.2.1 - Le cas des établissements de courte durée.....	267
6.2.2 - La relation directe entre la mobilité des clientèles et la disponibilité des ressources.....	273
6.3 - Profil des déséquilibres interrégionaux entre l'offre et la demande de servi- ces sociosanitaires au Québec.....	277
6.3.1 - Le cas des dépenses en santé physique.....	278
6.3.2 - La relation entre l'état de santé et de bien-être des populations ré- gionales et les profils régionaux de consommation des services so- ciosanitaires.....	285
6.4 - Conclusion.....	293
CONCLUSION.....	295
BIBLIOGRAPHIE.....	307
ANNEXES.....	321
Annexe 1: Mesure de l'indice régional de besoins en santé physique.....	322
Annexe 2: Mesure de l'indice régional de besoins en santé mentale.....	323
Annexe 3: Mesure de l'indice régional de besoins en santé publique.....	324

Annexe 4: Mesure de l'indice régional de besoins pour les personnes âgées en perte d'autonomie.....	325
Annexe 5: Mesure de l'indice régional de besoins pour les personnes ayant une déficience physique.....	326
Annexe 6: Mesure de l'indice régional de besoins pour les personnes déficientes intellectuelles.....	327
Annexe 7: Mesure de l'indice régional de besoins pour le programme Enfance-Jeunesse-Famille.....	328
Annexe 8: Mesure de l'indice régional de besoins en alcoolisme et autres toxicomanies.....	329

LISTE DES CARTES

Carte 1	Découpage du territoire québécois en 12 régions sociosanitaires	19
Carte 2	Découpage du territoire québécois en 18 régions sociosanitaires	20

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Formule de la détermination du budget global d'un établissement	82
Figure 2	Contribution des indicateurs de besoins et de coûts de production dans la pondération du per capita	98
Figure 3	Mesure de l'indice régional de besoins en santé physique	104
Figure 4	Signification de l'indice de besoin en santé physique	107
Figure 5	Impacts à considérer dans l'allocation et la répartition des fonds publics: quelques distinctions à faire	209
Figure 6	Relations générales entre les ressources financières (ou l'offre), la consommation de services (ou la demande) et la population (ou le marché)	210
Figure 7	Impact de l'offre sur les populations et sur l'éligibilité à l'obtention du financement public	261

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1	Évolution des dépenses brutes en santé et services sociaux dans certaines régions du Québec, en dollars courants (excluant la RAMQ)	83
Graphique 2	Évolution des dépenses en santé et services sociaux par centre de responsabilité dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, en dollars courants (excluant la RAMQ)	84
Graphique 3	Relation entre l'indicateur de besoin en santé physique et l'indicateur synthétique (ou global) pondéré du MSSS (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	102
Graphique 4	Relation entre l'indicateur de besoin en santé physique et l'indice comparatif de mortalité (ICM) des régions (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	109
Graphique 5	Évolution démographique du Bas-St-Laurent-Gaspésie selon le recensement canadien et le modèle de prévision démographique SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986	128
Graphique 6	Évolution démographique du Saguenay-Lac-Saint-Jean selon le recensement canadien et le modèle de prévision démographique SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986	129
Graphique 7	Évolution démographique du Nord-Ouest (Abitibi-Témiscamingue) selon le recensement canadien et le modèle de prévision démographique SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986	130
Graphique 8	Évolution démographique de Trois-Rivières (Mauricie-Bois-Francs) selon le recensement canadien et le modèle de prévision démographique SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986	131
Graphique 9	Évolution démographique des Cantons de l'Est (Estrie) selon le recensement canadien et le modèle de prévision démographique SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986	132

Graphique 10	Évolution démographique de la région de Québec selon le recensement canadien et le modèle de prévision démographique SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986	133
Graphique 11	Évolution démographique de Laurentides-Lanaudière selon le recensement canadien et le modèle de prévision démographique SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986	134
Graphique 12	Évolution démographique de Montréal-Métropolitain (incluant Laval) selon le recensement canadien et le modèle de prévision démographique SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986	136
Graphique 13	Évolution démographique de l'Outaouais selon le recensement canadien et le modèle de prévision démographique SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986	138
Graphique 14	Relation entre le taux d'inoccupation et le revenu moyen des 15 ans et plus par source de revenus, dans les MRC du Québec	223
Graphique 15	Taux de variation (en %) par région sociosanitaire entre 1971 et 1991, de la cohorte de population âgée entre 20 et 34 ans en 1991 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	248
Graphique 16	Évolution de la population (en %) par région sociosanitaire, entre 1971 et 1991 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	252
Graphique 17	Évolution du poids démographique (en %) des régions sociosanitaires, entre 1971 et 1991 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	253
Graphique 18	Balance commerciale per capita (le cas des dépenses en santé physique) par région sociosanitaire (hypothèse incluant les dépenses de la RAMQ et les dix-huit régions sociosanitaires)	280
Graphique 19	Balance commerciale per capita (le cas des dépenses en santé physique) par région sociosanitaire (hypothèse incluant les dépenses de la RAMQ et les treize régions sociosanitaires autres que les régions 09, 10, 11, 17 et 18)	282

Graphique 20	Balance commerciale per capita (le cas des dépenses en santé physique) par région sociosanitaire (hypothèse incluant les dépenses de la RAMQ, les treize régions sociosanitaires autres que les régions 09, 10, 11, 17 et 18 et les économies d'échelle attribuables aux régions 03 et 06)	283
--------------	--	-----

LISTE DES SCHÉMAS

Schéma 1	Le calcul de l'indicateur synthétique du MSSS	95
Schéma 2	Impact de la redistribution des fonds publics sur les populations	213
Schéma 3	Mode de calcul du taux d'inoccupation et de certaines mesures	218

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Paramètres utilisés pour la construction des indicateurs de besoins du MSSS	90
Tableau 2	Indices de besoins de chaque programme-clientèle, par région socio-sanitaire au Québec	93
Tableau 3	Écarts par groupe d'âge quinquennal en chiffres absolus et en % entre le FIB et le recensement de 1991: Saguenay-Lac-Saint-Jean	146
Tableau 4	Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991: Saguenay-Lac-Saint-Jean	148
Tableau 5	Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991: Bas-St-Laurent	150
Tableau 6	Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991: Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	151
Tableau 7	Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991: Abitibi-Témiscamingue	152
Tableau 8	Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991: Côte-Nord	153
Tableau 9	Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991: Mauricie-Bois-Francs	154
Tableau 10	Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991: Estrie	155

Tableau 11	Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991: Laurentides	157
Tableau 12	Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991: Lanaudière	158
Tableau 13	Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991: Montérégie	159
Tableau 14	Dépenses totales par centre de responsabilité et effectifs démographiques, par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1991-1992 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	166
Tableau 15	Répartition des dépenses de services et des dépenses de soutien en 000 \$ (pour l'ensemble des centres de responsabilité) par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec, en 1991-1992	175
Tableau 16	Synthèse des manques à gagner ou des surplus financiers, par région sociosanitaire en 1991-1992 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	178
Tableau 17	Dépenses totales per capita (pour l'ensemble des centres de responsabilité) par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1990-1991 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	181
Tableau 18	Dépenses totales per capita (pour l'ensemble des centres de responsabilité) par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1991-1992 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	184
Tableau 19	Dépenses totales per capita (pour l'ensemble des centres de responsabilité) par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1991-1992 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	186
Tableau 20	Évolution des dépenses totales (pour l'ensemble des centres de responsabilité) en 000 \$ et en % par région sociosanitaire de 1986-1987 à 1991-1992 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	189

Tableau 21	Dépenses totales per capita (pour l'ensemble des centres de responsabilité) par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1986-1987 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	190
Tableau 22	Dépenses totales per capita (pour l'ensemble des centres de responsabilité) par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1986-1987 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	192
Tableau 23	Rang des régions sociosanitaires selon leur niveau de sous-financement (ou de sur-financement) per capita en 1986-1987 et 19-91-1992 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	194
Tableau 24	Évolution des effectifs (cadres et syndiqués) calculés en équivalents en temps plein (ETP), par catégorie d'emploi, au sein du réseau des établissements de santé et de services sociaux, de 19-80-1981 à 1992-1993	232
Tableau 25	Évolution des effectifs (cadres et syndiqués) calculés en équivalents en temps plein (ETP), par catégorie d'emploi, au sein du réseau des établissements de santé et de services sociaux, de 19-80-1981 à 1992-1993	233
Tableau 26	Évolution des effectifs calculés en nombres absolus, des corporations professionnelles du secteur de la santé et des services sociaux du Québec, de 1977-1978 à 1994-1995	234
Tableau 27	Répartition des effectifs (cadres et syndiqués) calculés en équivalents en temps plein (ETP), par région sociosanitaire et par catégorie d'emploi, en 1992-1993	236
Tableau 28	Répartition des effectifs (cadres et syndiqués) calculés en équivalents en temps plein (ETP), par région sociosanitaire et par type d'établissement, en 1992-1993	237
Tableau 29	Répartition des effectifs calculés en nombres absolus, des corporations professionnelles du secteur de la santé et des services sociaux du Québec, par région sociosanitaire, en 1994-1995	238
Tableau 30	Évolution de la part relative des dépenses versées en salaires et en avantages sociaux (en %) parmi l'ensemble des coûts directs bruts, par région sociosanitaire, de 1986-1987 à 1991-1992	240

Tableau 31	Évolution de la part relative des dépenses versées en salaires et en avantages sociaux dans chacune des régions sociosanitaires (en %) par rapport à l'ensemble du Québec, de 1986-1987 à 1991-1992	243
Tableau 32	Classification des régions sociosanitaires d'après leur taux d'inoccupation, de 1987 à 1995 (excluant les régions nordiques 17 et 18)	246
Tableau 33	Gains et pertes régionales des jeunes âgés entre 15 et 29 ans par région sociosanitaire de 1971 à 1991 au Québec (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	249
Tableau 34	Taux de rétention des clientèles de soins de courte durée par région sociosanitaire en 1993-1994 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	269
Tableau 35	Rapport export/import des clientèles de soins de courte durée par région sociosanitaire en 1993-1994 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	271
Tableau 36	Profil d'interdépendance des régions sociosanitaires en soins de courte durée de 1989-1990 à 1993-1994 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	272
Tableau 37	Relation entre la mobilité interrégionale des clientèles et le niveau de financement des établissements de courte durée par région ciosanitaire (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	274
Tableau 38	Relation entre la mobilité interrégionale des clientèles et la disponibilité de lits de courte durée par région sociosanitaire en 1993-1994 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)	276

LISTE DES SIGLES

AHQ	Association des hôpitaux du Québec
BSQ	Bureau de la Statistique du Québec
CACSSS	Commission administrative du conseil de la santé et des services sociaux
CAH	Centre d'accueil et d'hébergement
CAR	Centre d'accueil et de réadaptation
CH	Centre hospitalier
CHPSY	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHSCD	Centre hospitalier de soins de courte durée
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CLSC	Centre local de services communautaires
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CQRS	Conseil québécois de la recherche sociale
CR	Centre de réadaptation
CRCD	Conseil régional de concertation et de développement
CRSSS	Conseil régional de la Santé et des Services sociaux
CS	Centre de santé
CSS	Centre de services sociaux

DATAR	Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action régionale
DSC	Département de santé communautaire
DSP	Direction de la santé publique
ENAP	École nationale d'administration publique
ETP	Équivalents en temps plein
FIB	Fichier d'inscription des bénéficiaires
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec
GRIDEQ	Groupe de recherche interdisciplinaire en développement de l'Est-du-Québec
GRIR	Groupe de recherche et d'intervention régionales
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ICM	Indice comparatif de mortalité
MAS	Ministère des Affaires sociales
MED-ECHO	Statistiques sur les soins hospitaliers de courte durée au Québec
MEER	Ministère de l'Expansion économique régionale
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
OSGE	Office des services de garde à l'enfance
PIB	Produit intérieur brut

PME	Petite et moyenne entreprise
PNB	Produit national brut
RAMQ	Régie de l'Assurance-maladie du Québec
RRSSS	Régie régionale de la Santé et des Services sociaux
RSS	Région sociosanitaire
SCCR	Société canadienne de la Croix-rouge
SÉRHUM	Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles
SIFO	Système d'information financière et opérationnelle
SUPERPOP	Système universalisé de perspectives d'évolution régionale de la population observée périodiquement
USP	Unité de santé publique

INTRODUCTION

Le système sociosanitaire québécois traverse actuellement une période marquée par des transformations majeures et des réformes importantes au plan de l'organisation, de la gestion de la production et de la dispensation des soins et des services offerts à la population. Compressions budgétaires, virage ambulatoire, redéfinition de tâches et de missions pour bon nombre d'établissements et de professionnels du réseau, fermetures de départements ou d'établissements complets, relocalisation de services et de personnel, retraites anticipées et coupures de postes, autant de mesures qui alimentent quotidiennement les manchettes. Toutes les régions, sans exception, sont affectées à des degrés divers, même celle de Montréal-Centre, avec la fermeture de certains hôpitaux. Par contre, ce dont on ne parle pas très souvent dans les médias, ce sont les tendances lourdes et permanentes que l'on peut observer au sein du système. Or, celles-ci affectent certaines régions beaucoup plus que d'autres. L'une de ces tendances réside dans la persistance et la progression constante des inégalités entre les régions du Québec dans la répartition des ressources sociosanitaires. Notre recherche a pour objet cette problématique, et plus particulièrement ce qui a trait au financement des divers centres de responsabilité du réseau au cours des vingt-cinq dernières années. Nous examinons en détail les pratiques d'évaluation et d'analyse critique en matière d'allocation et de répartition interrégionale des ressources sociosanitaires.

Pour les fins de cette recherche empirique et évaluative, nous étudions l'hypothèse suivante: La répartition interrégionale des ressources sociosanitaires détermine la répartition interrégionale des emplois directs et indirects reliés à ce secteur d'activité. Par voie de conséquence, les disparités dans la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires entraînent des disparités d'emplois disponibles dans ce secteur d'activité entre les régions. Compte tenu de l'importance des masses salariales et du volume d'emplois directs et indirects découlant des milliards de dollars dépensés annuellement par le Gouvernement du Québec en santé et en services sociaux, les disparités dans la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires suffisent, à elles seules, à amplifier de façon importante les disparités qui existent déjà dans la répartition interrégionale de l'emploi au Québec. Nous

validons cette hypothèse en démontrant que préalablement à leur traduction en services aux clientèles, les fonds publics représentent d'abord et avant tout des emplois directs et indirects, ainsi que les masses salariales, avantages sociaux et autres formes d'honoraires servant à rétribuer ceux et celles qui occupent ces emplois. De ce fait, les crédits alloués pour financer les activités et rétribuer le personnel des centres de services gouvernementaux déterminent, pour une région ou une municipalité, la quantité de ressources et le volume d'emplois disponibles reliés à ces activités. Par conséquent, la redistribution des fonds publics en matière de santé et de services sociaux contribue à déterminer la répartition des emplois publics et para-publics entre les municipalités et les régions du Québec.

Cette étude porte d'ailleurs exclusivement sur les dépenses du Gouvernement du Québec en santé et en services sociaux. Nous allons voir que les services de santé et les services sociaux sont le plus important secteur de dépenses du Gouvernement du Québec et l'un des plus gros employeurs au Québec. Nous allons voir également que la répartition des ressources dans ce secteur a un impact déterminant sur la répartition de l'emploi et sur les effets en découlant. Nous allons surtout insister sur les mouvements migratoires engendrés par les disparités d'emploi et les flux de clientèles entraînés par les disparités de services.

Nous espérons ainsi faire la synthèse d'une nouvelle doctrine évaluative basée sur des données quantitatives et des analyses statistiques élaborées dans le cadre d'études opérationnelles exclusives au domaine de la santé et des services sociaux. À cette fin, nous utilisons des données et des études opérationnelles produites par la direction générale de la planification du Ministère des Affaires sociales (MAS), la direction générale de la planification et de l'évaluation du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la direction de la planification du Conseil régional de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (CRSSS-02), la direction des priorités et de l'évaluation et le service des études opérationnelles de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de cette même région (RSSS-02). Nous utilisons également une contribution personnelle

(et sa mise à jour) réalisée en 1991 lors d'une étude menée sur des modèles de prévision démographique du MAS et du MSSS dans le cadre d'un stage réalisé au CRSSS-02. Nous utilisons enfin des documents produits par le « Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean » et les résultats de notre participation à ces activités. Une part importante de notre attention est également accordée au volume publié en 1991 par le sociologue Charles Côté sur la *désintégration des régions*.

La recherche en sciences sociales devant également se préoccuper de son utilité sociale et de la pertinence de ses objets, nous mettons en évidence l'intérêt que représentent ces recherches pour nos députés qui siègent à l'Assemblée Nationale, pour le Premier Ministre, ses ministres, leurs adjoints et les fonctionnaires des appareils centraux du Gouvernement que sont le Conseil du Trésor, le Ministère des Finances et les différents ministères sectoriels, en particulier le MSSS, de même que pour les milieux non gouvernementaux, universitaires et syndicaux, et pour le mouvement régionaliste en général. Nous espérons que ces réflexions vont contribuer à la compréhension et à la résolution des problématiques socio-économiques et sociosanitaires vécues par plusieurs régions du Québec. Nous souhaitons également montrer l'intérêt plus universel de ces approches scientifiques, évaluatives et politiques, bref à les situer dans une dynamique sociale plus générale. Ces analyses peuvent notamment inspirer de nouveaux modèles de répartition des fonds publics, dont la mise en application doit être assurée soit par l'exécutif (c'est-à-dire par de nouvelles normes et règles ministérielles), soit par des institutions législatives et décentralisées vouées à cette fin. Ultimement, ces nouveaux modèles de répartition devraient intégrer une plus large participation des collectivités.

Trois objectifs spécifiques sont poursuivis. Premièrement, nous mesurons l'importance des disparités interrégionales dans l'allocation des ressources sociosanitaires au Québec. Deuxièmement, nous identifions les causes de ces disparités. Troisièmement, nous mettons en évidence les impacts démographiques, économiques et sociaux de ces disparités sur les

populations régionales. Dans les trois premiers chapitres, nous identifions les raisons pour lesquelles des disparités existent entre les régions au plan de la répartition des ressources sociosanitaires, et plus particulièrement en ce qui a trait au financement des centres de responsabilité dans les différentes classes d'établissement du réseau. Dans le premier chapitre, nous donnons notre propre définition du développement régional et des conditions qu'il doit remplir. Nous insistons notamment sur les disparités entre régions comme indicateur de sous-développement régional au Québec. Puis, nous faisons un bref historique des travaux de recherche qui se sont succédés depuis le début des années quatre-vingt et qui avaient pour objet d'évaluer les effets attendus et inattendus de la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires au Québec, en insistant sur l'ignorance ou le refus des pouvoirs publics de reconnaître les faits portés à leur attention. Nous présentons ensuite un portrait de l'état actuel de la situation, dans lequel nous mettons en évidence la répartition inégalitaire de la richesse collective entre les régions et l'échec des politiques de réduction des disparités interrégionales au Québec. Nous traçons enfin un portrait des grandes étapes qui ont marqué, depuis les années soixante, l'évolution du système sociosanitaire québécois et du rôle de l'État québécois en matière de développement régional, en insistant sur le caractère fortement centralisé du système et sur la progression constante des disparités socio-économiques et sociosanitaires entre les régions. Dans le chapitre deux, nous analysons les fondements et les principes de base qui devraient être respectés lors de la répartition des ressources sociosanitaires entre les régions, et les responsabilités que devraient se partager, en cette matière, les trois niveaux d'intervention de l'État que sont le niveau décisionnel (l'Assemblée Nationale), le niveau exécutif (le Gouvernement, le Conseil du Trésor et le Ministère des Finances) et le niveau administratif (le MSSS et les RSSS). Nous examinons ensuite de façon critique les mécanismes d'allocation et les méthodes utilisées pour répartir les ressources sociosanitaires entre les régions. Nous évaluons également les écarts observés entre les objectifs initiaux fixés en matière d'allocation et de répartition des ressources et les faits mis en évidence au cours des vingt-cinq dernières années. Dans le chapitre trois, nous présentons une étude critique des modèles

de prévision démographique utilisés par le MAS et le MSSS et les données de population retenues par ces derniers comme paramètres dans la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires. Dans le chapitre quatre, nous évaluons l'importance des écarts entre les régions dans le financement de leurs établissements sociosanitaires. Dans un premier temps, nous estimons, à l'aide d'une méthode développée par la direction de la planification du CRSSS-02, les manques à gagner ou les surplus financiers découlant des écarts observés dans chaque région entre le prorata de la population du Québec qu'elle regroupe sur son territoire et la part des dépenses qu'elle reçoit en santé et en services sociaux. Nous mesurons ensuite, à l'aide d'une méthode développée par la direction des priorités et de l'évaluation de la RSSS-02, les niveaux de sous-financement ou de sur-financement en découlant dans chaque région. Dans les deux derniers chapitres, nous analysons les impacts de ces disparités sur les populations régionales, qu'elles consomment ou non ces services, et sur les clientèles qui ont effectivement recours aux services offerts. Dans le chapitre cinq, nous étudions les conséquences de ces disparités sur la capacité ou l'incapacité des régions à se développer et à assurer l'état de santé et de bien-être de leur population. Dans le chapitre six, nous mesurons les impacts de ces disparités sur les flux interrégionaux de clientèles et les profils régionaux de consommation des services.

Il va de soi qu'un travail de synthèse de cette nature n'aurait pu se réaliser sans le travail de longue haleine réalisé dans divers cadres de recherche et d'intervention, par de nombreux chercheurs et intervenants. La bibliographie, présentée à la fin de cet ouvrage, en porte abondamment le témoignage. Qu'il nous soit permis de souligner, en particulier, le travail de Charles Côté, sociologue, qui par ses travaux depuis plus de vingt-cinq ans, a élaboré plusieurs instruments et méthodes qui structurent cette nouvelle doctrine évaluative. Notre synthèse reflète ces progrès méthodologiques et théoriques qui ont reçu l'appui critique de divers intervenants, opérant dans le cadre de la recherche-action, de la recherche évaluative et des études opérationnelles. Nous remercions en particulier Daniel Larouche, Marc-André

Morency, Nancy Lavoie et les autres participants du « Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean ».

CHAPITRE UN

CADRE D'ANALYSE POUR UNE ÉVALUATION DE LA RÉPARTITION INTERRÉGIONALE DES RESSOURCES SOCIOSANITAIRES AU QUÉBEC

1.1 - Introduction:

L'étude des disparités dans la répartition interrégionale des ressources socio-santaires fait référence à des notions généralement mal définies, qui occasionnent plus souvent qu'autrement de sérieux problèmes de définition et d'interprétation. Qu'il s'agisse de « développement », de « sous-développement », de « disparité » ou de « région », ces notions demeurent subjectives et arbitraires. Elles dépendent plutôt des discours concrets des acteurs sociaux que des systèmes théoriques. La définition d'un cadre théorique d'analyse va permettre de dissiper la confusion entourant ces problèmes conceptuels, en définissant le sens que nous donnons à ces notions dans le cadre de ce mémoire, ainsi que les indicateurs que nous nous proposons d'utiliser pour mesurer celles-ci¹.

Cette étude fait également référence à une nouvelle approche critique du rôle du Gouvernement du Québec et de ses responsabilités dans le sous-développement régional au Québec et ce, dans son secteur de dépenses le plus important, celui de la santé et des services sociaux, qui représente le tiers de son budget global. Formulée sous cet angle par un nombre encore restreint de personnes, cette critique de l'État suscite beaucoup de controverses et soulève des objections chez plusieurs groupes d'intérêt, qui n'ont peut-être pas intérêt justement à ce que les choses changent. Jusqu'à présent, la plupart des responsables politiques, du simple député au ministre, en passant par toute une panoplie de fonctionnaires et d'organes gouvernementaux, persistent à faire la sourde oreille, ne montrant qu'un intérêt mitigé, sans vraiment apporter les correctifs nécessaires au système.

Des indicateurs statistiques vont permettre de comparer les régions socio-santaires entre elles. Des données quantitatives exclusives au réseau de la santé et des services sociaux vont être utilisées par le biais des bases de données et des études publiées par le MSSS, ainsi que

¹ Une notion relève plus du sens commun, des usages linguistiques et idéologiques, d'un contexte historique, subjectif et arbitraire, de statistiques descriptives et de données empiriques, alors qu'un concept fait plutôt référence à une définition précise, située dans un corpus théorique qui permet de construire la mesure.

par le biais des analyses effectuées et fournies par le service des études opérationnelles de la RSSS-02. Ces données et analyses devraient faciliter l'émergence d'une nouvelle doctrine évaluative des impacts des politiques et des programmes gouvernementaux en santé et en services sociaux et en ce qui a trait au développement des régions et au bien-être de leurs populations. L'intérêt de cette doctrine évaluative revêt une importance presque universelle. Le Québec représente cependant un cas privilégié par l'accès qu'il permet aux statistiques et aux séries temporelles nécessaires à une telle approche.

1.2 - Quelques éléments de définition:

1.2.1 - Une croissance économique sans génération d'inégalités: une condition sine qua non du développement des régions au Québec

Si les dépenses du Gouvernement du Québec dans le secteur de la santé et des services sociaux sont facilement identifiables et mesurables, les notions de « développement », de « sous-développement » et de « région » soulèvent, au contraire, de sérieux problèmes de définition et d'interprétation. Les différentes définitions et les diverses interprétations que l'on donne à chacun de ces termes, dans la littérature sur les études régionales, sont légions et portent souvent à confusion. Ils posent de nombreuses difficultés à quiconque voudrait ou aurait la prétention d'en donner une définition et une interprétation faisant l'unanimité. Les difficultés soulevées par ce problème conceptuel ont été analysées par plusieurs chercheurs, dont Clermont Dugas, chercheur et professeur à l'Université du Québec à Rimouski. Selon ce dernier, la grande variété et l'aspect superficiel de ces définitions s'expliquent par l'imprécision et le caractère multidimensionnel de ces notions, l'ampleur de leurs implications sociales, politiques, économiques et démographiques, l'évolution constante du

contexte global dans lequel elles s'insèrent, et la difficulté à trouver les données adéquates d'analyse².

Bien que les études sur le développement régional se soient multipliées rapidement au Québec, un examen attentif de la littérature a vite fait de mettre en évidence la dimension très sectorielle des travaux produits, ainsi que leur approche sommaire et partielle du problème. Le concept même de développement demeure une notion équivoque et prête beaucoup à interprétation. D'aucuns s'entendent pour dire qu'il fait référence à une situation dynamique exprimant un changement positif. Cependant, tout changement au sein d'une société n'est pas nécessairement une source d'amélioration du bien-être et de la qualité de vie des individus qui en font partie. Les conditions à remplir, pour que l'on puisse parler de développement, font référence à des seuils et à des ordres de grandeur à dépasser, et impliquent des variables privilégiées à considérer, dont l'identification demeure largement une affaire de subjectivité et d'arbitraire³. Dans ce mémoire, notre définition du développement fait référence à une croissance économique sans génération d'inégalités. Nous postulons que l'État est le seul agent producteur de biens et de services qui peut agir pour contrer les disparités qui sont le lot d'une croissance économique inégalitaire dans une société où le mode principal de production est de type capitaliste. Pour cela, il faut que l'État et le secteur public en général acceptent une fois pour toutes de jouer leur rôle spécifique de compensation des inégalités sociales et spatiales, en intervenant prioritairement, par leurs politiques et leurs programmes, dans les milieux où les conditions de marché ne sont pas favorables aux investissements privés, et où l'on observe des carences graves au niveau de l'emploi, des revenus, des services et de la démographie, ce qui implique nécessairement l'adoption d'une approche et d'une logique d'intervention différentes de celles du secteur privé. Il faudra surtout s'assurer que les retombées économiques des

² Dugas, Clermont. « Le sous-développement régional ». Dans Dumont, Fernand; Langlois, Simon et Martin, Yves (sous la direction de). Traité des problèmes sociaux. Montréal, Institut québécois de recherche sur la culture, 1994. p. 118.

³ Ibid., pp. 103-104 et 118.

politiques et des programmes gouvernementaux auront pour effet de créer des emplois là où il n'y en a pas suffisamment, afin de freiner l'exode démographique qu'on y observe. Les discours politiques et les promesses électorales auxquels on nous a habitué par le passé, sans jamais vraiment apporter de résultats tangibles, ne suffiront plus. L'État devra agir de manière à éliminer les disparités dans la répartition de la richesse collective, et voir ainsi à une répartition plus équilibrée de ses dépenses, et des emplois directs et indirects qui en dépendent, entre les différentes parties du territoire québécois.

De façon corollaire au « développement régional », le « sous-développement régional » occupe une place de choix parmi la pléiade de problèmes sociaux qui, depuis les trente dernières années, ont fait l'objet d'études, de recherches, de politiques et d'interventions de toutes sortes au Québec. Selon Dugas, l'importance de ses implications économiques, sociales et démographiques, l'ampleur des dimensions qu'il peut prendre et, surtout, sa persistance, font en sorte qu'il est au cœur des préoccupations dans plusieurs régions du Québec. Les revendications de toutes natures qu'il suscite font de lui le sujet de prédilection de nombreux discours politiques. Ce qui ne l'empêche pas d'être une notion tout aussi ambiguë que son opposé (la notion de développement). Bien qu'il soit utilisé couramment, sa signification n'en demeure pas moins fort imprécise. Il donne lieu à une foule de définitions et d'interprétations toutes plus différentes les unes que les autres. Il est également difficile à circonscrire dans des limites précises. La plupart des spécialistes s'entendent pour dire qu'il traduit ou représente une situation socio-économique qui, somme toute, demeure relative et dépend, en première instance, des critères et des variables d'analyse retenus ⁴.

La littérature sur les causes et les facteurs de sous-développement dans le Tiers-Monde, en particulier en Afrique et en Amérique Latine, a beaucoup contribué à faire avancer la réflexion. Parmi les auteurs les plus connus et les plus critiques, Gunder-Frank n'a pas hésité à parler du développement du sous-développement, en insistant sur la constante progression

⁴ *Ibid.*, p. 103.

de ce dernier dans des pays comme le Brésil, le Chili et le Mexique⁵. Cardoso, l'actuel président du Brésil, et Faletto ont insisté sur la théorie de la dépendance, en donnant, comme exemple, la soumission de l'Amérique Latine aux capitaux étrangers et à l'autoritarisme politique⁶. Alschuler a renchéri en dénonçant les problèmes de dépendance agricole auxquels font face les paysans latino-américains, ainsi que les problèmes de maldéveloppement engendrés par la présence de multinationales étrangères dans des pays comme l'Argentine, la Côte-d'Ivoire et la Corée⁷. Amin, pour sa part, a dénoncé le développement inégal sévissant en Afrique et dans le reste du Tiers-Monde, en faisant référence au modèle d'analyse centre-périmétrie et à l'impérialisme économique et politique exercé par les grandes puissances industrielles occidentales⁸. Lipietz et Emmanuel ont mis en évidence les effets pervers de l'industrialisation dans les pays du Tiers-Monde, et ceux des échanges inégaux découlant des antagonismes et des tensions profondes dans les rapports économiques internationaux⁹. Gélinas, quant à lui, s'est intéressé plus particulièrement au problème de l'endettement dans les pays du Tiers-Monde et aux responsabilités des institutions financières internationales et des gouvernements occidentaux dans la progression constante de ce problème¹⁰. En ce qui concerne la recherche faite au Québec, le concept de « sous-développement » fait généralement référence à une entité

⁵ Gunder-Franck, André. Le développement du sous-développement: L'Amérique Latine. Paris, Maspero, 1972. 399 pages.

⁶ Cardoso, Fernando Henrique et Faletto, Enzo. Dépendance et développement en Amérique Latine. Paris, Presses Universitaire de France, 1978. 222 pages et Cardoso, Fernando Henrique; Kurth, James; Kaufman, Robert; Hirschman, Albert; et al. The new authoritarianism in Latin America. Princeton, Princeton University Press, 1979. 456 pages.

⁷ Alschuler, Lawrence Richard; Hollanda, Teodoro Buarque de; Gélinas, Jacques B. et Winberg, Alan. Développement agricole dépendant et mouvements paysans en Amérique Latine. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 1981. 218 pages et Alschuler, Lawrence Richard. Multinationals and maldevelopment: alternative development strategies in Argentina, the Ivory Coast and Korea. New-York, St-Martin's, 1988. 218 pages.

⁸ Amin, Samir. Le développement inégal: essai sur les formations sociales du capitalisme périphérique. Paris, Éditions du Minuit, 1973. 365 pages; Amin, Samir. L'impérialisme et le développement inégal. Paris, Éditions du Minuit, 1976. 193 pages; Amin, Samir. La déconnexion: pour sortir du système mondial. Paris, La Découverte, 1986. 333 pages; Amin, Samir. L'accumulation à l'échelle mondiale. Paris, Anthropos, 1988. 617 pages; Amin, Samir. L'échange inégal et la loi de la valeur. Paris, Anthropos, 1988. 248 pages et Amin, Samir. La faillite du développement en Afrique et dans le Tiers-Monde: une analyse politique. Paris, L'Harmattan, 1989. 383 pages.

⁹ Lipietz, Alain. Mirages et miracles: problèmes de l'industrialisation dans le Tiers-Monde. Paris, La Découverte, 1985. 188 pages et Emmanuel, Arghiri. L'échange inégal: essai sur les antagonismes dans les rapports économiques internationaux. Paris, Éditions François Maspero, 1969. 422 pages.

¹⁰ Gélinas, Jacques B. Et si le Tiers-Monde s'autofinancait: De l'endettement à l'épargne. Montréal, Les Éditions Écosociété, 1994. 238 pages.

territoriale dont le niveau de développement (ou de sous-développement) socio-économique est considéré comme suffisamment bas, par rapport à la moyenne nationale, pour en parler comme d'un territoire sous-développé ¹¹. Villeneuve, par exemple, a mis en évidence les disparités sociales et régionales qui existent au Québec ¹². Il s'est intéressé plus particulièrement à la déstructuration des milieux périphériques et ruraux ¹³. Côté et Lévesques, pour leur part, se sont intéressés au développement inégal des régions du Québec et à la crise des rapports entre l'État et la société civile ¹⁴.

Il ressort de ces travaux que le « sous-développement » est de valeur relative. De ce fait, il est plus facile à interpréter selon les disparités observées dans l'espace. Ses implications sur les populations et les individus qui en font partie varient considérablement selon leur localisation sur le territoire. D'aucuns affirment qu'il se traduit par des problèmes socio-économiques et démographiques chroniques qui mettent en péril la survie et l'avenir même des milieux concernés. L'identification de ces zones demeure toutefois tributaire de la nature des variables utilisées et de la difficulté à identifier les meilleurs indicateurs de disparités possibles. Pour plusieurs, ces espaces se caractérisent par des carences structurelles majeures, occasionnant de sérieuses difficultés sur le plan de l'emploi, des revenus, des services et de la démographie, les empêchant ainsi de participer pleinement au fonctionnement de la société ¹⁵.

Les deux principaux indicateurs de sous-développement utilisés dans ce mémoire sont le sous-emploi et l'état de dépendance de la population, mesurés à l'aide du taux

¹¹ Dugas, Clermont. op.cit. p. 104.

¹² Villeneuve, Paul. « Disparités sociales et disparités régionales: l'exemple du Québec ». Dans Cahiers de géographie du Québec. vol. 21, no. 52, avril 1977. pp. 19-32.

¹³ Villeneuve, Paul et Rouffignat, Joël. La déstructuration des milieux ruraux sur le territoire du Québec - version préliminaire. (document de consultation préparé pour le Secrétariat aux Affaires régionales du Gouvernement du Québec). Québec, Centre de recherche en aménagement et en développement, Université Laval, 1993. 95 pages.

¹⁴ Côté, Serge et Lévesques, Benoît. « L'envers de la médaille: le sous-développement régional ». Dans Interventions Économiques: pour une alternative sociale. (numéro spécial sur la question régionale). no. 8, printemps 1982. pp. 54-78.

¹⁵ Dugas, Clermont. op.cit. pp. 104 et 121.

d'inoccupation, ainsi que son niveau de pauvreté. Ce niveau de pauvreté est mesuré, quant à lui, à l'aide d'une comparaison entre le taux d'inoccupation et le revenu moyen des 15 ans et plus, incluant les revenus provenant d'un emploi, lorsque la relation est négative ou évolue dans le sens contraire, et les revenus provenant des paiements de transferts gouvernementaux, comme l'assurance-chômage et le bien-être social, lorsque la relation est positive ou évolue dans le même sens que le taux d'inoccupation ou le niveau de sous emploi. Des corrélations sont ensuite établies entre ces indicateurs et ces autres indices de sous-développement que sont l'exode démographique, principalement chez les jeunes adultes à la recherche d'un emploi et en âge de fonder une famille, ainsi que le vieillissement accéléré de la population et la diminution des effectifs qui s'en suivent. Ces phénomènes sont mesurés à l'aide de la méthode des cohortes, méthode qui permet de suivre l'évolution d'un même ensemble ou d'un même groupe d'individus vivant un même évènement au cours d'une même période de temps. Nous démontrons, par la suite, la relation directe qui existe entre tous ces indicateurs et l'absence ou le peu de ressources sociosanitaires, financières et matérielles, disponibles. Les deux principaux indicateurs utilisés sont le niveau de sur-financement ou de sous-financement des établissements et des organismes sociosanitaires, par rapport à la population à desservir. Les mesures sont effectuées à partir des calculs effectués par le service des études opérationnelles de la RSSS-02, à l'aide des méthodes du prorata et du per capita, et à partir des bases de données et des statistiques financières et matérielles du MSSS. De façon corollaire, nous établissons la relation avec l'insuffisance des ressources disponibles et des services offerts par les établissements et les organismes sociosanitaires d'une région pour satisfaire la demande locale et assurer des retombées économiques suffisantes en matière d'emplois directs et indirects. Les flux de clientèles découlant de l'écart entre l'offre et la demande de services, sont mesurés à l'aide du taux de rétention des clientèles et du rapport export/import entre les régions sociosanitaires.

Tous ces indicateurs sont analysés sur la base d'une comparaison interrégionale¹⁶. Celle-ci permet de mettre en évidence les écarts qui existent entre les régions, pour chacun de ces indicateurs, et d'identifier, parmi ces régions, celles qui présentent des signes évidents de sous-développement, par rapport à celles qui seront qualifiées de développées, selon les critères et les paramètres retenus. De nature multidimensionnelle et pluridisciplinaire, ces disparités ou inégalités (les deux termes seront utilisés comme synonymes) sont pourtant rarement étudiées dans leur globalité et sont souvent observées sous un angle unidisciplinaire, la plupart du temps en fonction des préoccupations de recherche du chercheur, de sa formation et de ses critères d'analyse¹⁷. Dans ce mémoire, ces disparités ou inégalités sont analysées en fonction de leur distribution dans l'espace, selon une approche quantitative et comparative. Deux constats généraux se dégagent de ces analyses. Premièrement, ces disparités se manifestent selon certaines constantes observables presque partout, comme la concentration des activités gouvernementales et des emplois directs et indirects en découlant, dans les principaux centres urbains de la province, plus particulièrement à Montréal et à Québec. Deuxièmement, cette concentration géographique des dépenses publiques est porteuse de déséquilibres favorisant le sous-développement de plusieurs régions québécoises, tel que défini selon les indicateurs mentionnés ci-dessus. Ces disparités se traduisent, comme nous le verrons, par un sous emploi, une infrastructure de services inadéquate et un exode marqué des milieux périphériques et ruraux vers les grands centres urbains, puis des centres-villes vers les banlieues.

Quant à la notion de «région», celle-ci n'est pas moins ambiguë que les notions précédentes. Elle désigne des espaces de toutes sortes de superficies et renvoie à différentes échelles de mesure, la dimension de ces espaces ainsi que leur degré d'homogénéité influant

¹⁶ Certes, une étude plus raffinée de ces disparités, selon des échelles de comparaison réduites, comme les MRC et les municipalités, serait beaucoup plus intéressante, mais impensable et irréaliste, faute de temps et compte tenu de l'ampleur qu'une telle opération représenterait, étant donné le nombre particulièrement élevé de MRC et de municipalités à comparer. Toutefois, certains travaux de recherche auxquels ce mémoire fera référence ont démontré que les disparités observées à l'échelle interrégionale existent également au niveau intrarégional, entre ces différentes échelles de comparaison que sont les municipalités et les MRC.

¹⁷ *Ibid.*, p. 116.

considérablement sur l'appréciation des phénomènes observés. Le mot lui-même a une double racine. La première, « *regere* », signifie la gestion d'un territoire. La deuxième, « *regio* », fait référence aux frontières d'un territoire. D'où l'ambiguïté qui persiste entre la région vue comme une structure administrative et la région vue comme un découpage géographique. Il ne s'agit pas d'un concept scientifique mais plutôt d'une notion de sens commun, dont la signification est loin de faire l'unanimité. On peut faire appel à des critères économiques. On peut faire appel à des variables culturelles, comme l'identité et le sentiment d'appartenance. On peut parler en termes de « région périphérique » et de « région centrale ». On peut parler de « région plan », correspondant à des critères d'intervention et de politiques économiques pré-établis ou se limitant au découpage administratif défini selon les besoins des pouvoirs publics. On peut parler de « région homogène », caractérisée par une certaine uniformité du point de vue d'un ou de plusieurs attributs, dont la nature des ressources physiques, la structure de l'activité économique, le revenu moyen par habitant, etc. On peut parler de « région polarisée », caractérisée par la cohérence, l'interdépendance et la complémentarité de ses diverses composantes et les échanges particuliers entretenus avec son pôle dominant. On peut parler de « région naturelle », faisant ainsi référence aux caractéristiques physiques d'un espace, ou de « région ethnique », en insistant davantage sur les caractéristiques communes que partagent des individus¹⁸. On peut être plus nuancé, déborder le cadre régional, différencier les territoires infrarégionaux et distinguer les espaces ruraux des principales villes et capitales régionales qu'elles polarisent. Il y a lieu également de voir la région comme un puissant référent culturel et social, dans lequel un ensemble d'individus se reconnaissent et sont susceptibles de se mobiliser¹⁹. Finalement, nous sommes

¹⁸ Claval, Paul. « La région: concept géographique, économique et culturel ». Dans Revue internationale des sciences sociales. (numéro spécial sur la science régionale). vol. 39, no. 112, 1987. pp. 179-192; Claval, Paul. « La notion de région ». Dans Paelinck, Jean H.P. et Sallez, Alain. Espace et localisation. Paris, Economica, 1983. pp. 53-72; Poche, Bernard. « La région comme espace de référence identitaire ». Dans Espaces et Sociétés: revue critique internationale de l'aménagement de l'architecture et de l'urbanisation. (numéro sur l'identité régionale). no. 42, Janvier-Juin 1983. pp. 3-12 et Rick, Charles. « La région, espace institutionnel et espace d'identité ». Dans Espaces et Sociétés: revue critique internationale de l'aménagement de l'architecture et de l'urbanisation. (numéro sur la question régionale). no. 41, Juin-Décembre 1982. pp. 113-129.

¹⁹ Bassand, Michel; Hainard, François et Schuler, Martin. Dynamique socioculturelle régionale. Lausanne, Presses polytechnique romandes, 1985. 107 pages.

encore une fois confronté à des problèmes de définitions, de critères d'analyse et de découpages géographiques, souvent arbitraires et subjectifs²⁰.

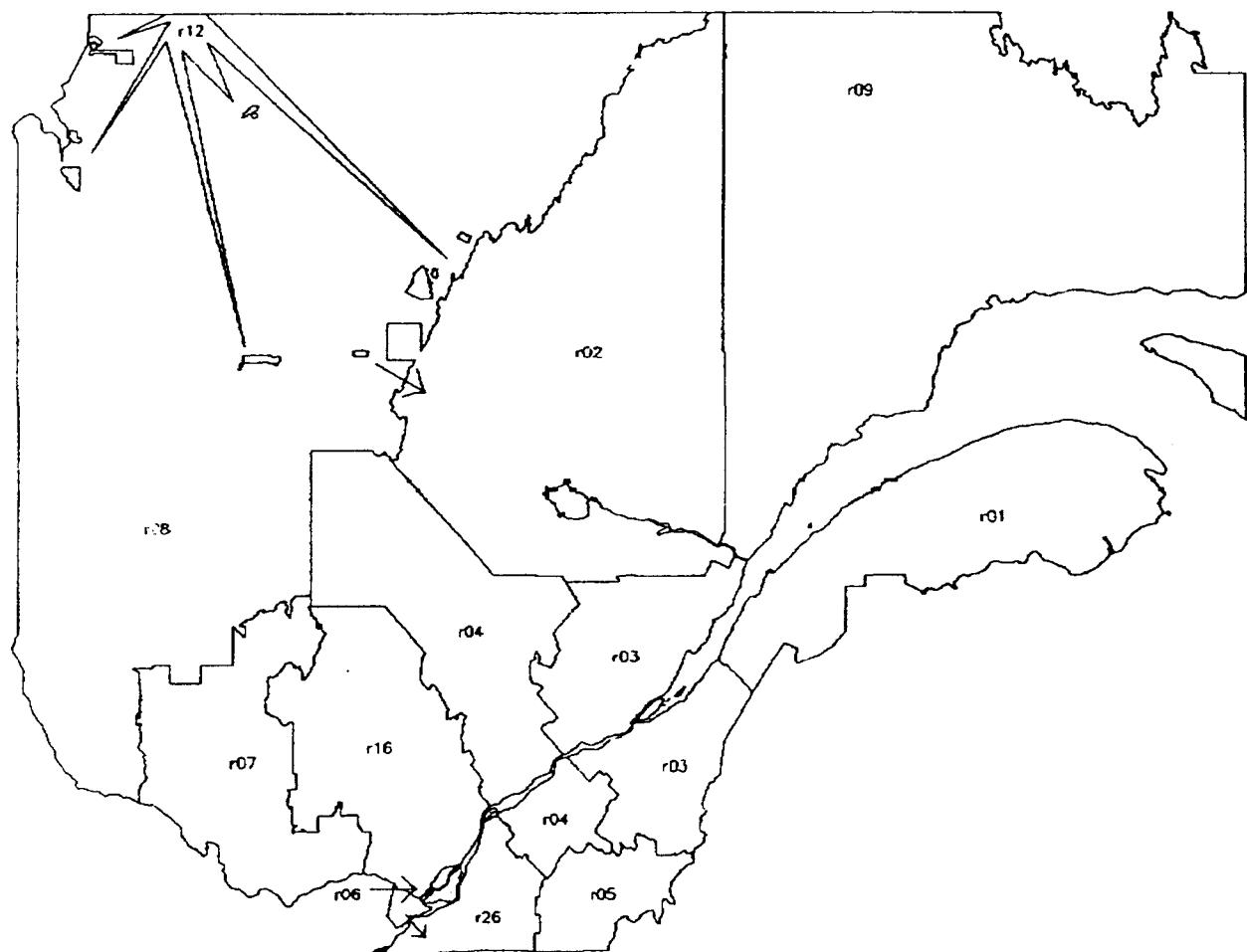
Au Québec, l'utilisation la plus connue et la plus courante du mot région est sans aucun doute celle qui fait référence au découpage administratif et sectoriel du territoire, phénomène qui s'explique notamment par l'importance du rôle de l'État dans la société. Dans ce mémoire, le mot région fera plus précisément référence aux divisions sociosanitaires, tel que définies par le MSSS. À ce propos, la carte 1 reproduit le découpage du territoire québécois en 12 régions sociosanitaires, tel que définies lors de la réforme de 1971. La carte 2, quant à elle, présente le nouveau découpage instauré par la réforme de 1991 en 18 régions sociosanitaires (incluant les territoires autochtones de Kativik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James). Notons également que chaque région sociosanitaire se subdivise ensuite en unités territoriales de moindre dimension appelées districts de CLSC. Ceux-ci épousent dans la plupart des cas les limites territoriales des MRC. Enfin, tous ces territoires regroupent un certain nombre de municipalités, la plus petite échelle territoriale à laquelle ce mémoire fera référence.

1.2.2 - Évaluation des effets attendus et inattendus de la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires au Québec:

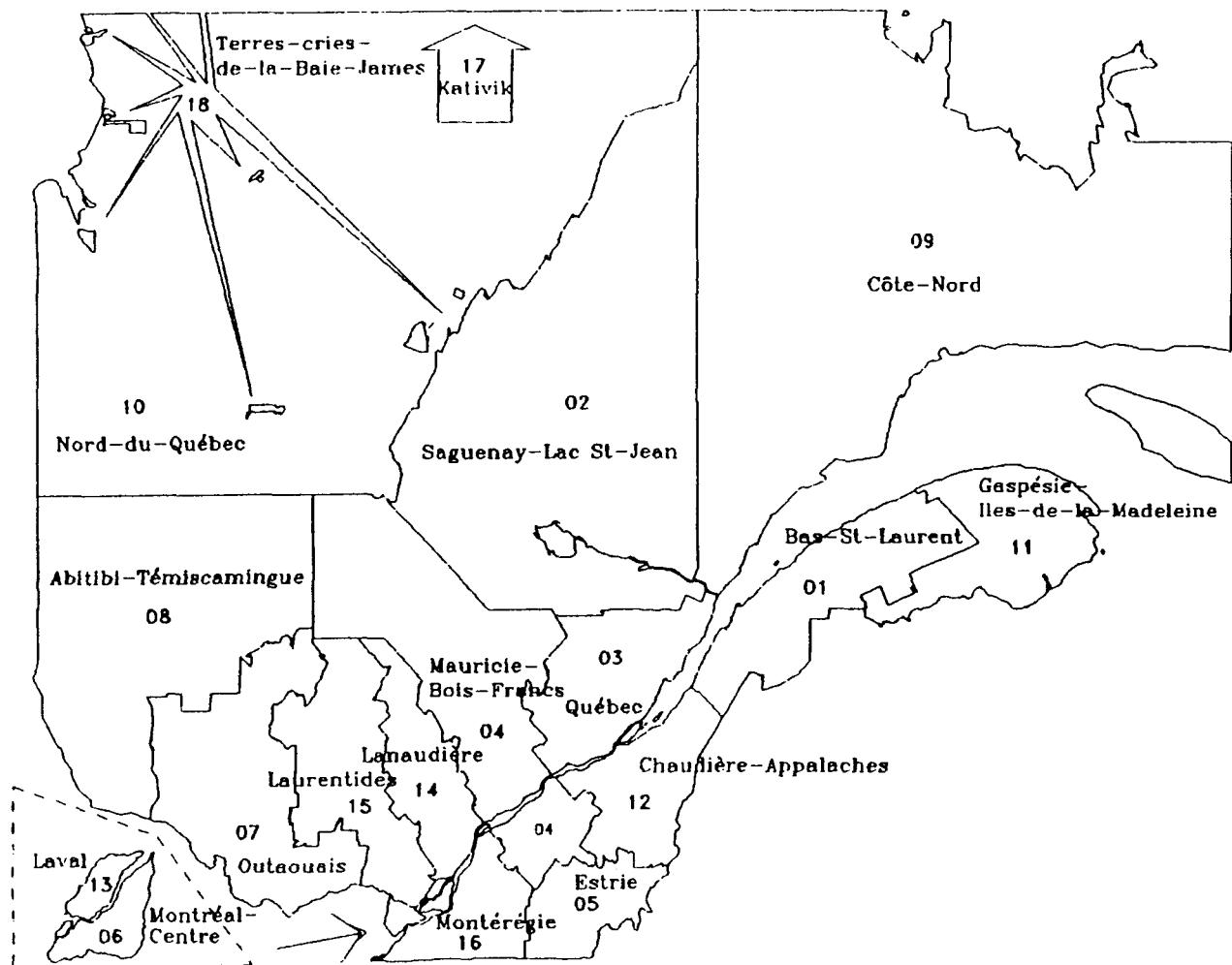
Nous devons reconnaître que les expériences en matière de développement régional et de luttes aux disparités se sont multipliées au cours des trente dernières années et ce, peu importe qu'elles aient apporté ou non les résultats escomptés. Nous devons aussi reconnaître que les études théoriques et les recherches empiriques dans ce champ d'activités se comptent par centaines, voire par milliers, et débordent plus souvent qu'autrement les divers champs

²⁰ Dugas, Clermont. op.cit. pp. 104-105.

CARTE 1
Découpage du territoire québécois en 12 régions sociosanitaires



Source: Service des études opérationnelles, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

CARTE 2**Découpage du territoire québécois en 18 régions sociosanitaires**

Source: Service des études opérationnelles, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

disciplinaires des sciences sociales. Il est vrai également que les discours politiques et les promesses électorales ont toujours donné l'impression qu'il s'agissait d'une préoccupation majeure au sein des instances gouvernementales, tant fédérales que provinciales. Il n'en demeure pas moins que le cadre théorique et l'appareil conceptuel qui les accompagnent demeurent plutôt rudimentaires et s'inscrivent généralement dans une approche partielle et sectorielle des problèmes. Nous connaissons également très mal la portée réelle et le degré d'efficacité du modèle et des théories de développement préconisés par l'État²¹. Clermont Dugas a identifié plusieurs éléments qui limitent la portée de ces travaux. L'échelle d'analyse, la nature et la qualité des variables et les approches méthodologiques en font partie. L'analyse demeure parfois sommaire et superficielle. La vision territoriale d'ensemble fait défaut. Elle porte seulement sur une partie bien spécifique d'un territoire. Elle repose parfois sur des bases spatiales tellement étendues que bien des problèmes s'en trouvent occultés. L'analyse dépend beaucoup également du contexte dans lequel elle a été réalisée. Les recherches commanditées, par exemple, sont souvent tributaires de l'orientation et de la ligne de pensée du commanditaire. Le chercheur est conditionné dans le choix de ses objectifs, de ses méthodes et de ses variables d'analyse par les limites du mandat qui lui a été confié. Les conclusions ou les recommandations que l'on attend peuvent servir à justifier une prise de position ou un choix initial, de même qu'à appuyer des revendications formulées à l'avance²². Nous avons l'impression qu'il n'y a pas vraiment de théorie permettant d'expliquer les causes profondes des disparités entre les régions et que les analyses de fond sur l'état global du sous-développement régional au Québec se font plutôt rares. Nous avons également l'impression que les impacts des politiques et des programmes gouvernementaux sur la capacité de développement des régions sont rarement vérifiés de façon systématique. Le rôle de la recherche dans la formulation et les modalités d'application des politiques et des programmes gouvernementaux à l'égard du

²¹ Ibid., pp. 116 et 122.

²² Ibid., pp. 118-120.

développement régional semble assez limité, l'orientation des pouvoirs publics étant plutôt dictée par des considérations politiques administratives et conjoncturelles²³.

Une première grande étude de ce genre a pourtant été réalisée au cours des années quatre-vingt par le sociologue Charles Côté²⁴, en ce qui a trait aux dépenses gouvernementales dans le secteur de la santé et des services sociaux²⁵. L'étude avait pour objet l'identification des causes profondes des disparités dans la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires et leurs conséquences sur la capacité de développement de ces régions et le bien-être de leurs populations. Cette évaluation des effets attendus et inattendus des politiques, programmes et mode d'allocation des ressources du Gouvernement du Québec, dans le secteur de la santé et des services sociaux, est la première étude à mettre en évidence le processus de désintégration démographique et de sous-développement régional au Québec. Côté estime que les disparités créées par les mécanismes de répartition des ressources financières du MAS sont suffisantes, à elles seules, pour enclencher le processus de la désintégration. Son étude démontre de façon explicite les liens de causalité qui existent entre les politiques administratives et les procédures budgétaires qui orientent la redistribution des fonds publics entre les régions, et le processus de désintégration démographique et de sous-développement social qui affecte plusieurs de ces régions, ainsi que les municipalités qui les composent. Il tente alors en vain de convaincre les instances décisionnelles et politiques de l'époque que la concentration géographique des ressources sociosanitaires favorise la concentration géographique des emplois directs et indirects en

²³ *Ibid.*, pp. 116-118.

²⁴ Né à Québec en 1946, et détenteur d'une maîtrise en sciences sociales de l'Université Laval, Charles Côté est conseiller en système d'information à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean depuis 1990. Auparavant, il a occupé un poste d'agent de recherche au MEER de 1972 à 1976. Ensuite, il a occupé la fonction de chef des services de l'évaluation et des indicateurs sociaux au MAS jusqu'en 1985. De 1986 à 1988, il a été agent de recherche pour le Conseil des Affaires sociales et de la Famille du Québec. En 1989, il est rattaché au Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval. Ensuite, il est intégré au CRSSS-02, puis à la RRSSS-02.

²⁵ Côté, Charles. Évaluation des politiques et des programmes du Ministère des Affaires sociales - constats généraux. (document 6). Québec, Ministère des Affaires sociales, 1980.

découlant, et provoque des flux migratoires de populations et de clientèles, créant ainsi des écarts entre l'offre et la demande de services dans les régions affectées ²⁶.

En 1987, dans une annexe thématique au rapport de la Commission Rochon, sur les disparités entre les populations en besoin et la répartition géographique des ressources disponibles, Côté met encore une fois en évidence les faits attestant la progression du sous-développement en relation avec la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires pour l'ensemble des régions et sous-régions du Québec ²⁷. Pourtant, dans le rapport qu'elle dépose à l'Assemblée Nationale, la Commission Rochon affirme que, selon l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), il n'y a pas de relation directe entre l'état de santé des populations et les ressources disponibles dans le secteur de la santé, écartant ainsi du revers de la main les arguments qui soutiennent le contraire et, du même coup, les recommandations formulées par Côté pour corriger la situation ²⁸. Dans la foulée des travaux de la Commission Rochon, le Rapport Brunet, sur les services dispensés par les CLSC, affirme lui aussi qu'il n'y a pas de relation directe entre l'état de santé des populations et les ressources disponibles dans le secteur de la santé, attribuant cette constatation à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) plutôt qu'à l'OCDE ²⁹. Or, dans l'étude qu'il publie en 1991 sur la *désintégration des régions*, Côté rappelle que contrairement à ce que laissent entendre la Commission Rochon et le Rapport Brunet, la santé serait, selon l'OCDE et l'OMS, une fonction de la capacité de l'individu à s'intégrer harmonieusement à son milieu et d'y fonctionner de façon adéquate. D'ailleurs, l'une des recommandations formulées dans le rapport de la Commission soutient que des efforts considérables devraient être consentis

²⁶ Côté, Charles. op.cit. p. 19.

²⁷ Côté, Charles et Barriault, Claude. Les disparités entre les populations en besoin et la répartition géographique des ressources disponibles. (annexe thématique du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux). Québec, Conseil des Affaires sociales et de la Famille, Conseil régional de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Juin 1987. 287 pages.

²⁸ Rochon, Jean; Gélineau, Guy; Barkun, Harvey; Bernatchez-Simard, Janine; et al. Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (Rapport Rochon). Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988. p. 86.

²⁹ Brunet, Jacques; Guindon, Michèle; Cormier, Yvonne; Sénéchal, Marcel; et al. Rapport du comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC. (Rapport Brunet). Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987. p. 4.

pour favoriser l'intégration des individus à leur milieu, et que telle devrait être l'orientation que devrait poursuivre le système de santé québécois. Conformément à la définition même de la santé à laquelle souscrivent à la fois la Commission Rochon, le Rapport Brunet, l'OCDE et l'OMS, il existerait donc logiquement et nécessairement, selon Côté, une relation ditecte entre l'état de santé des populations et les ressources sociosanitaires³⁰.

Au fil des ans, en même temps que se creusent les écarts entre les régions, les pouvoirs publics refusent de reconnaître la cause de ces inégalités. L'avertissement lancé par Côté sur la détérioration constante de la situation n'est pas pris au sérieux par les autorités administratives et même consultatives, qui relèguent aux oubliettes ses recommandations. En plus de faire l'objet d'interprétations différentes, voire contradictoires, le sous-développement des régions et la détérioration des conditions de vie de leurs populations servent surtout à alimenter les discours du Gouvernement, en matière de développement régional, sans pour autant donner lieu à des interventions visant à agir sur les causes véritables et profondes de ces déséquilibres. La plupart des citoyens faisant partie des populations affectées restent alors dans l'ignorance de ce qui se passe à leur insu. Pire encore que d'être oubliés sur une tablette poussiéreuse du MSSS, les travaux de Côté font ensuite l'objet, en 1989, d'une vaste opération de récupération politique menée par le Conseil des affaires sociales du Québec, dont l'aboutissement est la publication du controversé rapport intitulé *Deux Québec dans un*³¹. Dans ce rapport, le Conseil passe sous silence les causes profondes du sous-développement et se contente d'une présentation partielle et sommaire de ses effets, entraînant ainsi une confusion entre le problème à résoudre et les effets du problème.

³⁰ Côté, Charles. Désintégration des régions: Le sous-développement durable au Québec. Chicoutimi, Éditions JCL, 1991. pp. 171-172.

³¹ Conseil des Affaires sociales. Deux Québec dans un: Rapport sur le développement social et démographique. Québec, Conseil des Affaires sociales, 1989. 124 pages.

La population va devoir attendre jusqu'en 1991 avant d'entendre parler des causes profondes du sous-développement régional au Québec. En publiant cette année là son ouvrage sur la *désintégration des régions*, Côté remet les pendules à l'heure et permet à l'ensemble de la population de prendre conscience de la gravité de la situation. Utilisant avec pertinence l'expression de « sous-développement durable », comme sous-titre à son étude, il explique dans un langage documenté et parfois coloré comment la répartition inégalitaire des fonds publics du Gouvernement du Québec, en matière de santé et de services sociaux, se traduit, depuis le début des années soixante-dix, par un processus de sous-développement qui n'a pas d'autre issue que la désintégration démographique d'une majorité de régions et de municipalités. Le phénomène, selon lui, se vérifie à l'échelle du Québec tout entier, aussi bien à l'échelle des régions administratives qu'à celle des municipalités qui les composent. Il affecte d'abord les municipalités, puis entraîne dans son sillage les régions, les plus touchées étant naturellement celles où l'on retrouve le plus grand nombre de municipalités en désintégration. Comme conséquence ultime, la vitalité de la plus grande partie du territoire québécois s'en trouve sérieusement compromise. Contrairement à une représentation purement comptable et sectorielle de la gestion des fonds publics, l'étude de Côté met en évidence les conséquences démographiques et sociales de la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires en relation avec le développement des régions et le bien-être de leurs populations. Il démontre de façon explicite que ce ne sont pas seulement les usagers du réseau, qui font les frais des disparités qui persistent au niveau des services offerts et des ressources allouées, mais l'ensemble des citoyens.

Les travaux de Côté mettent donc en évidence le fait selon lequel le capital privé n'est pas le seul agent dominant du système de pompage de la richesse collective et des forces vives de la périphérie vers le centre. Après la deuxième guerre mondiale, l'État prend, en effet, une place de plus en plus importante dans le nouvel ordre économique et social en train de se former. On lui confie notamment le mandat de s'assurer que les gens ont les moyens de consommer les biens et les services produits par les secteurs privé et public, par le biais de

piements de transferts et diverses mesures garantissant à chaque citoyen un revenu minimum et ce, peu importe leur âge, leur sexe et leur lieu de résidence. L'État est désormais un acteur économique majeur, tant sur la scène locale que mondiale. Petit à petit, on lui attribue une panoplie de responsabilités dans toutes les sphères d'activités de la société. Il est appelé à intervenir au point où il doit mettre sur pied toute une série d'appareils dans des secteurs en constante évolution. Au fil des ans, il se transforme en une gigantesque technosstructure, centralisée et sectorialisée, et donne naissance à un éventail de plus en plus large de politiques et de programmes, dans des domaines aussi variés que les arts, la culture, le commerce, les communications, l'éducation, l'énergie, l'environnement, les loisirs, les mines, la pêche, la santé, les services sociaux, les transports, le tourisme, la voirie, etc. Parmi ces secteurs, celui de la santé et des services sociaux est appelé à occuper une place prépondérante. Aujourd'hui, en raison de la part qu'ils représentent dans les dépenses de l'État, le MSSS et la RAMQ sont des acteurs dominants et de très importants agents de production de biens et de services. Au Québec, les chiffres du rapport financier du Ministère des Finances, pour l'année financière débutant le 1^{er} avril 1994 et se terminant le 31 mars 1995, sont assez éloquents à ce sujet. Nous pouvons voir dans ce rapport que le montant total de tous les crédits autorisés et dépensés par le Gouvernement, durant cet exercice financier, s'élève à 42 147 338 000 \$. À lui seul, le secteur de la santé et des services sociaux totalise près du tiers de ce budget, les dépenses totales du MSSS et de la RAMQ réunis se chiffrant à 12 862 700 000 \$, ce qui représente environ 30,52 % de l'ensemble des dépenses du Gouvernement durant cette période³². D'où l'importance des disparités interrégionales observées dans ce champ de dépenses.

1.3 - État actuel de la situation:

Devant cette situation, des études sérieuses s'imposent pour redéfinir le rôle de l'État au Québec et évaluer les effets de ses politiques et de ses programmes sur le développement des

³² Ministère des Finances. Rapport financier 1994-1995. Québec, Ministère des Finances, 1995. pp. 14-15.

régions et le bien-être de leurs populations, notamment dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ces études devront tenir compte des multiples incidences de ses actions en matière de ponction fiscale, de réglementation, de législation, d'investissement public, de programmation, de planification et d'organisation des services, de financement des établissements et des organismes, de répartition interrégionale de toutes ces ressources, etc. Car rien n'est plus préoccupant actuellement que la survie et l'avenir même de plusieurs régions qui se vident littéralement de leur population, faute d'emplois et de ressources en quantité suffisante pour satisfaire la demande locale.

1.3.1 - 30 ans d'échec à la réduction des disparités interrégionales et des écarts intrarégionaux:

Vu sous l'angle des disparités ou des écarts entre les régions, et entre les municipalités qui les composent, un constat bien peu reluisant se dégage de ces trente dernières années d'interventionisme étatique au Québec: l'absence de toute politique ayant pour effet de réduire, sinon éliminer, les inégalités interrégionales et intrarégionales, au lieu de les intensifier. C'est l'une des principales conclusions à laquelle en sont arrivés les auteurs d'une recherche réalisée lors d'une étude comparée menée sous l'égide de la Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale (DATAR), du Ministère français de l'Aménagement du territoire et des Reconversions, le Groupe de recherche et d'intervention régionales (GRIR) de l'Université du Québec à Chicoutimi et le Groupe de recherche interdisciplinaire en développement de l'Est du Québec (GRIDEQ) de l'Université du Québec à Rimouski ³³. Les résultats de cette recherche s'ajoutent à d'autres études menées par le service des études opérationnelles de la RSSS-02, qui démontrent que l'action de l'État, dans le domaine de la santé et des services sociaux, a eu l'effet tout à fait contraire de

³³ Truchon, Martin (Claret, Henri; Klein, Juan-Luis et Morency, Marc-André, sous la direction de). Les inter-relations public/privé dans l'administration du territoire au Québec: Jalons pour une prospective comparée franco-québécoise. L'aménagement et le développement au Québec: vers une nouvelle logique ? (bloc II cahier 2). Chicoutimi, Groupe de recherche et d'intervention régionales, Département des sciences humaines, Université du Québec à Chicoutimi, Juin 1992. pp. 2, 5 et 69.

celui recherché par les intervenants en faveur d'une redistribution équitable de la richesse collective dans l'ensemble du territoire québécois. En effet, une étude comparative des régions entre elles, basée sur une analyse judicieuse et rigoureuse des statistiques démographiques, économiques et sociales disponibles, ne peut que mettre en évidence la progression constante des disparités interrégionales et des écarts intrarégionaux, confirmant ainsi les résultats présentés par Côté dans son étude sur la *désintégration des régions*, dont la principale contribution est de donner une explication détaillée des mécanismes, c'est-à-dire des causes véritables qui, au sein de l'État et de son gouvernement, provoquent et entraînent une amplification de ces déséquilibres, mettant encore une fois en évidence la responsabilité et le rôle des pouvoirs publics dans le processus qui a engendré ces inégalités, notamment en montrant comment le plus important secteur de dépenses gouvernementales au Québec, celui de la santé et des services sociaux, est suffisant à lui seul pour entraîner ce processus³⁴.

1.3.2 - Une répartition inégalitaire de la richesse collective:

D'aucuns en sont arrivés à la conclusion que les politiques et les programmes du Gouvernement du Québec, dans ses différents champs de compétences, se sont traduits, depuis le début des années soixante, par une approche centralisatrice et sectorielle. Celle-ci s'est traduite à son tour par une concentration géographique de ses investissements et de ses ressources dans les principales agglomérations urbaines de la province, accentuant ainsi les disparités engendrées par une croissance économique inégalitaire³⁵. Côté va encore plus loin en affirmant que ces disparités ont pour effet d'entraîner un grave état de sous-développement dans plusieurs régions et municipalités de la province, processus qui n'a pas d'autre issue que leur désintégration démographique³⁶. Autant la croissance économique

³⁴ Côté, Charles. op.cit. 261 pages.

³⁵ Truchon, Martin (Claret, Henri; Klein, Juan-Luis et Morency, Marc-André, sous la direction de). op.cit. pp. 5 et 72.

³⁶ Côté, Charles. op.cit. 261 pages.

induite par le capital privé est porteuse de déséquilibres, autant celle induite par l'État se répartit inégalement dans l'espace. Peu importe le parti politique au pouvoir, les effets produits par les politiques et les programmes mis sur pied par les pouvoirs publics et les lois votées par l'Assemblée Nationale ne s'inscrivent pas uniformément dans l'espace. Au contraire, les déséquilibres qui existaient déjà se sont intensifiés et de nouvelles disparités sont apparues, le sur-développement de certaines régions ou villes du Québec étant à la mesure du sous-développement des autres³⁷. Contrairement aux prétentions des politiciens et des technocrates de l'époque, les politiques et les programmes des différents ministères et des autres organes du Gouvernement du Québec n'ont pas eu pour effet d'assurer un développement équilibré et continu de l'ensemble du territoire québécois³⁸. Comme la santé et les services sociaux représentent un des rôles les plus importants de l'État québécois, et environ le tiers de ses dépenses annuelles totales, il n'est pas surprenant de constater à quel point, selon Côté, les disparités observées dans la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires provoquent, à elles seules, de graves problèmes de sous-développement dans plusieurs municipalités et régions de la province³⁹.

1.4 - Évolution du système sociosanitaire québécois de 1960 à aujourd'hui:

Trente ans d'échec à la réduction des écarts intrarégionaux et des disparités interrégionales (ou trente ans de succès à les accroître), voilà qui résume trois décennies d'interventionisme étatique au Québec. Trente ans de sous-développement durable au Québec, voilà le constat qui se dégage des travaux de Côté, après une évaluation des causes et des conséquences des inégalités dans la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires au Québec. Au cours des prochains chapitres, ce mémoire présentera un portrait général de la situation et tentera d'en expliquer les raisons profondes, à partir des

³⁷ Ibid., 261 pages.

³⁸ Truchon, Martin (Claret, Henri; Klein, Juan-Luis et Morency, Marc-André, sous la direction de). op.cit. pp. 3 et 72.

³⁹ Côté, Charles. op.cit. 261 pages.

réflexions les plus pertinentes à la compréhension du phénomène. Toutefois, avant de s'attaquer directement aux contradictions inhérentes du système et d'invalider les mécanismes d'allocation et de répartition des ressources sociosanitaires entre les régions, un survol historique des grandes étapes de l'évolution du système sociosanitaire québécois, et du contexte économique et socio-politique dans lequel il évolue depuis les trente dernières années, permettra de mieux comprendre où, quand et comment sont apparus et se sont développés tous les mécanismes qui font en sorte d'engendrer des disparités et des problèmes de sous-développement (sous-emploi et exode) dans les milieux dépourvus de ressources. Cet historique présente une analyse de la prise en charge étatique de la santé et des services sociaux au Québec, à partir des recherches menées par Hervé Anctil⁴⁰, du Conseil québécois de la santé et du bien-être, Pierre Bergeron⁴¹, du Centre de santé publique de Québec et du département de management de l'Université Laval, France Gagnon⁴², de l'équipe en organisation et en évaluation des services de santé de l'Université Laval, Marc Renaud⁴³, du département de sociologie de l'Université de Montréal, et Jean Turgeon⁴⁴, de l'École nationale d'administration publique (ENAP).

1.4.1 - 1960 à 1969:

Turgeon et Anctil décrivent les années soixante comme une période charnière dans le développement de l'interventionisme étatique au Québec, conduisant à l'élaboration d'une véritable politique intégrée en matière de santé et de services sociaux⁴⁵. Selon Bergeron et

⁴⁰ Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. « Le ministère et le réseau public ». Dans Lemieux, Vincent; Bergeron, Pierre; Bégin, Clermont et Bélanger, Gérard (sous la direction de). Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux. Sainte-Foy, Presses de l'université Laval, 1994. pp. 79-106.

⁴¹ Bergeron, Pierre et Gagnon, France. « La prise en charge étatique de la santé au Québec ». Dans Lemieux, Vincent, Bergeron, Pierre; Bégin, Clermont et Bélanger, Gérard (sous la direction de). op.cit. pp. 9-33 et Bergeron, Pierre. « La Commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu ». Dans Recherches sociographiques. vol. XXXI, no. 3, 1990. pp. 359-380.

⁴² Ibid., pp. 9-33.

⁴³ Renaud, Marc. « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État narcissique ». Dans Keating, Peter et Keel, Othmar (sous la direction de). Santé et société au Québec: XIX ième-XX ième siècle. Montréal, Les Éditions du Boréal, 1995. pp. 189-217.

⁴⁴ Turgeon, Jean et Anctil Hervé. op.cit. pp. 79-106.

⁴⁵ Ibid., p 79.

Gagnon, d'aucuns voient l'État comme le principal moteur de développement économique et social de la province⁴⁶. Le Québec se caractérise alors par une opposition dualiste entre ce qui est perçu comme traditionnel et retardé, et ce qui est considéré comme moderne et progressiste, et par un appareil d'État appelé à être de plus en plus présent dans la vie quotidienne des gens. Selon Renaud, ce dernier se voit attribuer le rôle de régulateur de l'économie et des rapports sociaux en découlant. Il se fait également le champion des valeurs modernistes⁴⁷. La modernisation de la société québécoise toute entière, qualifiée de traditionnelle et retardée, par l'entremise d'une intervention systématique des pouvoirs publics, devient une priorité, du moins au niveau du discours politique⁴⁸.

Les années soixantes sont donc marquées par la volonté des pouvoirs publics de réaliser un rattrapage économique à la grandeur de la province, le but étant alors de permettre à l'ensemble du Québec d'atteindre un niveau de développement comparable au reste du pays et aux autres sociétés occidentales industrialisées. Le modèle idéal privilégié est celui de la société de consommation de masse, d'où la nécessité d'assurer à chaque citoyen un revenu minimum lui garantissant accès à la gamme de produits et de services qui lui sont offerts. C'est d'ailleurs le même principe qui, après la deuxième guerre mondiale, incite les deux paliers de gouvernement à mettre en oeuvre des mesures à caractère social et divers paiements de transfert, tel que les prestations d'assurance-chômage et de bien-être social, les pensions de vieillesse, le régime des rentes et les allocations familiales.⁴⁹ L'État québécois mobilise la société civile et subordonne son action aux impératifs d'une croissance accélérée de l'économie québécoise⁵⁰. Il considère qu'il lui incombe d'entreprendre des actions de rattrapage économique, ces mesures devant permettre à l'ensemble du Québec d'atteindre le même niveau de développement que l'Ontario et son voisin du sud, les États-Unis. Il

⁴⁶ Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. p. 17.

⁴⁷ Renaud, Marc. op.cit. p. 189.

⁴⁸ Truchon, Martin (Claret, Henri; Klein, Juan-Luis et Morency, Marc-André, sous la direction de). op.cit. pp. 8-9.

⁴⁹ Ibid., pp. 13-14.

⁵⁰ Renaud, Marc. op.cit. p. 189.

considère également les disparités qui existent entre les différentes parties du territoire québécois comme un obstacle à son projet de consolidation et de renforcement de l'économie québécoise. Plus précisément, le dépérissement et la déstructuration de plusieurs régions et municipalités, surtout rurales et périphériques, et identifiées comme traditionnelles et retardées, lui paraissent fortement nuisibles au développement de l'ensemble du territoire québécois. Des interventions planifiées de sa part s'imposent donc afin de corriger la situation. Politiciens et fonctionnaires s'entendent alors sur la nécessité de mettre en place des politiques et des programmes dont l'idée centrale est de réduire les déséquilibres entre les régions par des interventions planifiées, en vue de moderniser celles qu'ils considèrent en retard⁵¹.

Dès lors, la modernisation de l'État est perçue par les pouvoirs publics comme une condition sine qua non pour mettre le Québec sur la voie du progrès. Des experts et des spécialistes, diplômés des programmes universitaires en sciences sociales, font leur apparition sur la scène politique et tracent les grands paramètres du nouvel appareil en devenir. Leurs perspectives d'analyse se situent évidemment dans l'optique d'une société québécoise nettement en retard sur l'ensemble des autres sociétés occidentales industrialisées, et sur la nécessité d'un d'un appareil d'État en mesure d'intervenir dans tous les secteurs d'activité de la société⁵². Selon Renaud, l'État devient le véritable centre de la praxis sociale et le principal gestionnaire des rapports sociaux et des crises dans la société⁵³. Il étend son intervention et entreprend des réformes dans presque tous les secteurs de la vie sociale et économique, notamment dans les domaines traditionnellement réservés au secteur privé et à l'élite traditionnelle⁵⁴. Il prend ainsi en charge des besoins sociaux comme l'éducation, la culture et la santé, et relègue au second rang les communautés religieuses et les élites

⁵¹ Truchon, Martin (Claret, Henri; Klein, Juan-Luis et Morency, Marc-André, sous la direction de). op.cit. pp. 13-14.

⁵² Ibid., pp. 9 et 16.

⁵³ Renaud, Marc. op.cit. p. 189.

⁵⁴ Truchon, Martin (Claret, Henri; Klein, Juan-Luis et Morency, Marc-André, sous la direction de). op.cit. pp. 9-10.

traditionnelles⁵⁵. Pas moins d'une dizaine de ministères sont créés durant cette période: affaires culturelles et richesses naturelles en 1961, tourisme, chasse et pêche en 1963, éducation en 1964, affaires intergouvernementales et institutions financières, coopératives et compagnies en 1967, immigration et travail et main-d'oeuvre en 1968, communications et fonction publique en 1969. L'État met également sur pied divers organismes à caractère économique ainsi que des Sociétés d'État comme Hydro-Québec, la Caisse de dépôt et de placement du Québec, la Société générale de financement (SGF), SIDBEC, la régie des rentes du Québec (RRQ), l'Office de planification et de développement du Québec (OPDQ), les conseils économiques régionaux, etc⁵⁶. On procède également, durant cette période, à l'abolition du Conseil Légitif. Le pouvoir se déplace du rural à l'urbain. Les valeurs traditionnelles, religieuses, familiales et communautaires font place au commerce, à l'industrie, à la grande ville et aux régions métropolitaines.

Les années soixante sont donc marquées, selon Renaud, par la subordination croissante de la société civile à l'État, phénomène qui prend une ampleur et une visibilité sans pareil en Amérique du Nord. Promu au nom de l'idéal social-démocrate d'une plus grande justice redistributive et d'une solidarité sociale plus conviviale, cet abandon de secteurs traditionnels et privés aux mains d'un secteur public en pleine émergence, se traduit à la fois par un dirigisme de plus en plus bureaucratisé et centralisé, et par un contrôle institutionnel des mouvements sociaux et des pratiques sociales qui, à l'inverse, revendiquent plus d'autonomie. Trente ans plus tard, nous constatons que le dirigisme étatique l'a nettement emporté sur l'autonomie locale. C'est comme si l'État avait en même temps absorbé la société civile par le haut, en multipliant les bureaucraties et les fonctionnaires, et par le bas, en cooptant les groupes et les militants qui s'opposaient pourtant à cette récupération de la société civile par l'État. En effet, outre son idéal social-démocrate d'une plus grande justice redistributive et son désir de placer l'ensemble de la société québécoise sur la voie du

⁵⁵ Renaud, Marc. op.cit. p. 189.

⁵⁶ Truchon, Martin (Claret, Henri; Klein, Juan-Luis et Morency, Marc-André, sous la direction de). op.cit. pp. 9-10.

progrès économique et social, par des actions de rattrapage économique et de modernisation des institutions, la première préoccupation de l'État, durant cette période, consiste à mobiliser les énergies de la société civile vers sa propre croissance et l'extension de sa propre légitimité⁵⁷. Renaud explique ce caractère « narcissique »⁵⁸ de l'État québécois par la dynamique particulière de la société québécoise à cette époque. Celle-ci se caractérise non seulement par une économie nettement en retard par rapport aux autres sociétés industrialisées, mais également par une structure économique vieillissante, où les échelons supérieurs des entreprises privées demeurent fermés à une population francophone de plus en plus scolarisée. Ayant de la difficulté à intégrer le secteur privé, les membres de cette nouvelle classe moyenne francophone instruite aspirent à des emplois plus prestigieux et plus rémunérateurs, que seul ce nouvel agent de production de biens et de services qu'est l'État peut leur fournir. Leur intérêt consiste à voir l'État étendre ses activités dans les différents secteurs d'activité de la société⁵⁹.

En ce qui concerne le secteur de la santé et des services sociaux, l'intervention de l'État se traduit par un ensemble de gestes législatifs et administratifs en matière de gratuité des soins hospitaliers et des soins médicaux, de sécurité du revenu et d'accès aux services sociosanitaires. Bergeron, Gagnon, Turgeon et Anctil s'accordent à dire que l'arrivée au pouvoir des Libéraux de Jean Lesage, en 1960, modifie de façon importante la position du Gouvernement du Québec à l'égard des interventions du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé. Ce changement d'attitude se concrétise dès 1961 par l'adhésion du Québec au programme fédéral d'assurance-hospitalisation. Un an plus tard, l'Assemblée Nationale adopte la *Loi sur les hôpitaux*, marquant ainsi une étape importante de l'intervention de l'État québécois dans le secteur de la santé. Cette loi entraîne la mise sur pied de corporations indépendantes des communautés religieuses pour l'administration des

⁵⁷ Renaud, Marc. op.cit. pp. 189-190.

⁵⁸ Comportement qui relève du narcissisme, et qui consiste, selon la définition du Petit Robert, à se contempler soi-même, à porter une attention exclusive à soi-même.

⁵⁹ Renaud, Marc. op.cit. pp. 190 et 214.

hôpitaux. Elle témoigne ainsi du mouvement de laïcisation de la société québécoise qui accompagne l'interventionisme croissant de l'État. Ce rôle accru de l'État est également défendu par le rapport de la Commission d'enquête sur l'assistance publique créée par les Libéraux en 1963. Le rapport du comité défend ardemment l'idée d'une politique sociale et économique d'ensemble fortement intégrée. En 1964, les Libéraux sont défaites, en dépit d'une majorité des suffrages, et le parti de l'Union Nationale est remis en selle, principalement par les comtés ruraux de la province. En 1966, en réponse à la proposition du gouvernement fédéral de participer à un autre programme à frais partagés pour les services médicaux, le Gouvernement de l'Union Nationale crée une vaste Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, sous la responsabilité de Claude Castonguay et de Gérard Nepveu, qui agissent respectivement comme président et comme secrétaire. Le mandat de la Commission dépasse largement toutefois la question de l'adhésion au programme d'assurance-maladie proposé par le gouvernement fédéral. Selon Bergeron et Gagnon, ses travaux vont carrément dans le sens d'un élargissement du rôle de l'État dans la prise en charge du secteur de la santé et des services sociaux⁶⁰. Pendant ce temps, le gouvernement fédéral, qui demeure un intervenant important dans ce secteur, va de l'avant avec son projet d'un programme universel, public et obligatoire d'assurance-maladie, donnant accès gratuitement aux services ambulatoires. Entre 1968 et 1971, le programme est accepté et introduit par tous les gouvernements provinciaux, même le Québec⁶¹.

La gestion dans l'espace de ces nouvelles fonctions oblige le Gouvernement du Québec à procéder à une harmonisation des divisions administratives et territoriales du Québec. Pour ce faire, des découpages régionaux sont créés au fur et à mesure qu'apparaissent les nouveaux ministères, fixant ainsi le cadre territorial dans lequel doivent s'insérer les interventions de chacun. Un arrêté en conseil, du 29 mars 1966, divise le Québec en dix régions administratives et vingt-cinq sous-régions. Sept métropoles régionales, dix-huit

⁶⁰ Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. pp. 16-17; Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. op.cit. p. 80.

⁶¹ Renaud, Marc. op.cit. p. 192.

sous-centres régionaux et seize centres intermédiaires sont désignés. La région dite administrative devient alors l'échelle d'intervention privilégiée. D'une part, pour fins de réduction des disparités et structuration d'un espace québécois dynamique, productif et concurrentiel. D'autre part, pour gérer les activités des différents ministères dans les différentes parties du territoire, ainsi que la répartition interrégionale des nouveaux budgets nécessaires au fonctionnement de ces nouveaux dispositifs gouvernementaux. Afin de favoriser l'accessibilité des nouveaux services offerts par l'État à toutes les régions de la province, chaque ministère y implante ses propres dispositifs régionaux, ainsi que les établissements et les organismes où seront produits et dispensés ces services. Cependant, ces nouvelles structures régionales sont de préférence localisées dans les métropoles régionales, les sous-centres régionaux et les centres intermédiaires qui, dans la plupart des cas, correspondent aux endroits où se concentrent déjà les principales activités industrielles et commerciales de la région. Ceux-ci ne sont plus seulement des pôles d'activités économiques. Ils deviennent également les nouveaux centres de services de l'État. L'État se trouve, par le fait même, à favoriser une croissance économique accélérée de ces pôles, et à creuser encore davantage les écarts qui les séparent des municipalités environnantes. Ainsi, à l'image de la concentration des activités du secteur privé, la concentration des investissements publics favorise l'expansion des principaux centres urbains de la province, sans égard aux problèmes de sous-développement avec lesquels les municipalités environnantes sont aux prises⁶². D'aucuns utilisent cette situation comme prétexte pour accuser l'État québécois d'être intervenu de façon diamétralement opposée au discours social-démocrate, qui prônait pourtant des valeurs d'équité et de justice en matière de redistribution de la richesse collective.

Plus exactement, l'objectif visé par l'État québécois durant cette période est l'atténuation des écarts entre les régions, qu'il juge nécessaire au développement de l'ensemble de

⁶² Truchon, Martin (Claret, Henri; Klein, Juan-Luis et Morency, Marc-André, sous la direction de). op.cit. pp. 5-6, 10-14 et 73.

l'économie québécoise, et non pas la réduction des inégalités entre les municipalités qui les subdivisent. Le résultat obtenu est tout autre cependant: les inégalités intrarégionales ne cessent de s'accroître et on ne parvient pas à résorber les disparités interrégionales. Certes, la volonté de l'État québécois de favoriser un rattrapage économique à l'échelle de la province, et de réduire les disparités interrégionales, a permis de doter les régions considérées comme marginales et retardées, d'un ensemble d'infrastructures et de services dans des domaines comme la culture, l'éducation, la santé et les services sociaux, que ces mêmes régions n'auraient sans doute pas obtenues autrement. Cependant, cette volonté de réduire les écarts entre les régions se traduit, dans les faits, par des politiques et des programmes conçus essentiellement en fonction des moyennes régionales, sans égard aux spécificités sous-régionales, masquant à la fois l'amplification des disparités entre les régions et l'accroissement des inégalités entre les municipalités qui les composent. En effet, le rapprochement des moyennes interrégionales ne signifie pas pour autant la disparition des écarts entre les régions, et encore moins celle des disparités entre les municipalités qui les composent. Par ailleurs, parce qu'elles sont géographiquement concentrées dans les principales agglomérations urbaines de la province, principalement à Montréal et à Québec, les institutions culturelles, éducatives, sociosanitaires et autres, mises sur pied par les différents ministères, contribuent à accentuer les déséquilibres entre les différentes parties du territoire québécois. Ainsi, malgré la réduction de certains écarts interrégionaux, par le biais de la régionalisation, la plupart des disparités se sont intensifiées au lieu de s'atténuer. Au début des années soixante-dix, tous les mécanismes gouvernementaux générateurs d'inégalités territoriales sont donc déjà en place et commencent à faire sentir leurs effets⁶³.

⁶³ *Ibid.*, pp. 5-6 et 70-73.

1.4.2 - 1970 à 1984:

La fin des années soixante et le début des années soixante-dix voient l'émergence d'un nouveau contrat social dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec. Elles consacrent une fois pour toute l'intervention de l'État québécois amorcée au début des années soixante dans ce secteur d'activité. Pour bien comprendre les termes de ce nouveau contrat social, Renaud replace l'évolution de ce secteur dans le contexte de l'évolution générale du capitalisme au Québec, comme mode d'organisation de l'économie, et de celle de l'intervention de l'État québécois dans le développement économique de la province. Il met en évidence l'extension des rapports marchands à des aspects de plus en plus diversifiés de la conduite humaine, notamment dans les domaines de la culture, de l'éducation et de la santé, et l'insertion de ces rapports dans la logique de développement du grand capital et des grands monopoles. Il montre notamment comment le secteur de la santé entre de plein pied dans l'ère du capitalisme industriel, et de quelle façon ce dernier se voit désormais soumis à la logique productiviste qui sous-tend le développement des autres secteurs de production industrielle de l'économie québécoise. Cette mercantilisation, par le truchement de l'État, de la santé des québécois s'explique, selon lui, par la crise économique qui frappe le Québec au début des années soixante-dix et la croissance démesurée des coûts engendrés par les soins de santé. Alors que la détérioration de la situation économique diminue la marge de manœuvre des pouvoirs publics, les gouvernements fédéraux et provinciaux réalisent que le transfert des services sociosanitaires vers le secteur public a entraîné une croissance beaucoup trop rapide de leurs dépenses dans ce secteur d'activité⁶⁴.

Les deux paliers de gouvernement profitent de la situation pour revoir leurs rôles. Incapable d'endiguer la montée des coûts, parce que ce sont les gouvernements provinciaux qui ont la responsabilité constitutionnelle d'intervenir dans ce domaine et de gérer les services en découlant, le gouvernement fédéral cesse d'introduire des réformes majeures et repense ses

⁶⁴ Renaud, Marc. op.cit. pp. 192-193, 199 et 208-213.

modalités d'intervention et de participation aux activités de ce secteur. En 1977, par exemple, il modifie ses méthodes de contribution aux régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie des provinces, afin de laisser aux gouvernements provinciaux l'entièvre responsabilité d'introduire les réformes devenues nécessaires de l'organisation et de l'administration des services. Le leadership des réformes passe ainsi du fédéral au provincial. Au Québec, l'État prend le relais du gouvernement fédéral d'une manière qui ne s'est vue nulle part ailleurs. Alors qu'il a été l'un des gouvernements provinciaux les plus hésitants à introduire les programmes fédéraux et à intervenir directement dans le domaine de la santé, il occupe désormais le devant de la scène. Il impose en peu de temps, selon Renaud, un nouvel ordre économique et social, répondant aux difficultés et aux exigences d'une situation économique qu'il juge en retard par rapport aux États-Unis et à l'Ontario. Petit à petit, il remplace le marché et cherche à subordonner son action à une logique d'efficacité économique, au lieu du laissez-faire traditionnel⁶⁵.

Les objectifs d'efficacité économique et de rentabilité des infrastructures publiques deviennent une priorité fondamentale au niveau du discours politique, de même que la préoccupation d'un nombre de plus en plus grands d'intervenants socioéconomiques, au prix de l'idéal social-démocrate d'une société plus juste et plus égalitaire. Cela se traduit, selon Renaud, par la transformation des problèmes de santé en problèmes spécifiques de consommation de toute une série de marchandises et de services sur un marché économique précis. La santé devient ni plus ni moins qu'un secteur de production et de consommation de biens et de services comme les autres, à la seule exception que c'est l'État et non le secteur privé qui en a la responsabilité. Elle devient une vaste industrie, au sens strict du terme, et comme n'importe quelle entreprise privée, elle doit se soumettre à la logique de développement du grand capital et des grands monopoles de production d'équipements sociosanitaires. Cela se traduit également par l'émergence d'un nouveau centre de pouvoir, l'État, qui devient un acteur économique de premier plan et un important producteur de

⁶⁵ Ibid., pp. 192-193, 199 et 209-213.

biens et de services, non seulement dans le domaine de la santé, mais aussi dans toutes les sphères d'activité de la vie en société. Des technocrates et des spécialistes de la planification prennent d'assaut l'appareil gouvernemental. Issus de la nouvelle classe moyenne francophone apparue durant les années cinquante et soixante, ils deviennent les nouveaux gestionnaires de l'État et forment le nouveau personnel du secteur public, au détriment des autorités religieuses et des élites traditionnelles. Économistes, comptables, démographes, administrateurs, sociologues et autres professionnels issus des programmes universitaires en sciences sociales, fournissent le nouveau personnel dont l'État a besoin pour gérer ses services et assurer la croissance économique du Québec, tant celle du secteur public que celle du secteur privé. Ce sont eux qui définissent désormais les nouvelles règles du jeu et qui donnent le ton aux politiques gouvernementales en matière de santé et de services sociaux, en cherchant à tout réorganiser selon une logique managériale⁶⁶.

Selon Renaud, les problèmes de santé deviennent des problèmes de gestion administrative, la recherche d'un contrôle plus serré des coûts de production devenant le principal fil conducteur des décisions gouvernementales, avec des référents trop rares au principe d'une redistribution des ressources plus équitable. Ce nouvel agent producteur de biens et de services qu'est devenu l'État soumet l'organisation de la production et de la gestion des services à une logique de productivité, d'efficacité et de rentabilité. Il intervient de manière à ce que le système soit compatible avec les exigences d'une croissance économique rendue nécessaire et urgente, pour permettre au Québec de compléter son rattrapage économique, et met en branle divers mécanismes pour que les producteurs de services (professionnels, établissements, organismes communautaires, etc.), de même que la population qui consomme ces services, s'ajustent à cette nouvelle ère industrielle. On parle désormais en termes d'objectifs, de programmes pour les atteindre et d'évaluation de ces programmes, en fonction de territoires bien définis (région sociosanitaire et district de CLSC) et de clientèles-cibles. On reconnaît ainsi que le système sociosanitaire est une entreprise et qu'elle

⁶⁶ *Ibid.*, pp. 196-200, 202 et 209-210.

doit, par conséquent, être gérée de façon efficace, en fonction de critères de rendement et de productivité. Par la même occasion, les technocrates étendent leur pouvoir sur l'organisation des services, en plaçant les producteurs sous le contrôle de conseils d'administration, de conseils régionaux et de bureaucraties gouvernementales. Ils tentent, tant bien que mal, de freiner l'augmentation des coûts, notamment en introduisant des contrôles plus stricts sur les durées de séjour à l'hôpital (par l'introduction, par exemple, de programmes tels que la chirurgie d'un jour et les soins à domicile) et des règlements visant à contenir et à rationaliser les achats d'équipement et l'embauche de personnel. De simples exécutants devant mettre en application les décisions émanant de l'Assemblée Nationale, ils deviennent les nouveaux leaders du système et s'arrogent le pouvoir de décision sur l'organisation de la production et de la gestion des soins et des services, et la détermination des critères d'allocation ou de répartition des ressources ⁶⁷.

Nous assistons, selon Bergeron et Gagnon, à une véritable prise en charge globale par l'État québécois de l'organisation des services sociosanitaires et de leur financement, et à leur insertion dans la logique de développement de l'économie capitaliste au Québec. Cette industrialisation de la santé des québécois, et la subordination qui en découle des soins et des services offerts aux exigences de productivité, d'efficacité et de rentabilité imposées au système, ne peuvent faire autrement que d'orienter les recommandations de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Castonguay-Nepveu) dans le sens du discours économique dominant ⁶⁸. Nommée en 1966, la commission dépose son rapport en 1970. À l'origine, son mandat était d'étudier l'ensemble des services sociosanitaires offerts au Québec, de même que le champ de la sécurité du revenu, en vue de formuler des recommandations visant l'instauration d'un système capable d'offrir une gamme complète de services et de les rendre accessibles à toute la population, sans distinction de revenu ni de lieu de résidence. Quatre ans plus tard, constate Renaud, la logique du développement social

⁶⁷ Ibid., pp. 196, 200-201 et 208-214.

⁶⁸ Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. pp. 11 et 17.

et l'idéal social-démocrate d'une société plus égalitaire sont remplacés par une logique beaucoup plus coercitive et centrée sur la croissance économique ⁶⁹. Selon Bergeron et Gagnon, même si elle se voulait porteuse d'une politique globale de développement social, basée sur une conception d'ensemble des services de santé, des services sociaux et de la sécurité du revenu, la Commission est également animée par la volonté des pouvoirs publics de mettre sur pied un système plus productif, plus efficace et plus rentable ⁷⁰. Dans son rapport, la commission conçoit donc l'organisation du système dans une perspective systémique, avec des sous-systèmes de production de soins et de services et de gestion administrative. Elle propose de mettre en place un système planifié, coordonné et intégré, répondant aux principes d'une gestion saine et efficace des établissements, des programmes et des services. Afin de contrôler les coûts engendrés par un tel système, la Commission propose de laisser entièrement entre les mains des appareils centraux du gouvernement l'organisation et l'administration des services, renforçant ainsi la position privilégiée occupée par les technocrates et les hauts fonctionnaires de l'État ⁷¹.

Après avoir pris connaissance des recommandations formulées par la Commission, le Gouvernement du Québec entreprend une vaste transformation de l'organisation des services sociosanitaires, répondant ainsi au voeu exprimé par ceux qui prônent une prise en charge complète par l'État des problèmes de santé et des problèmes sociaux des québécois ⁷². Cette réorganisation des services conduit, selon Renaud, à une modernisation des activités, axée sur la productivité et la rentabilité, et à une restructuration des rapports de pouvoir entre les anciennes élites et les nouvelles ⁷³. D'après Bergeron et Gagnon, elle témoigne de l'expansion de l'État-providence et de la mainmise des technocrates sur la société civile et la santé des québécois ⁷⁴. Bergeron, Gagnon, Turgeon et Anctil constatent

⁶⁹ Renaud, Marc. op.cit. pp. 193-195.

⁷⁰ Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. pp. 17-18.

⁷¹ Ibid., pp. 17-18; Renaud, Marc. op.cit. p. 194.

⁷² Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. pp. 18 et 20.

⁷³ Renaud, Marc. op.cit. p. 195.

⁷⁴ Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. p. 20.

que les réformes entreprises par le Gouvernement du Québec vont beaucoup plus loin que celles proposées par la Commission Castonguay-Nepveu. Alors que le rapport de la commission recommandait le maintien de deux secteurs distincts, celui de la santé et celui des services sociaux, l'État opte plutôt pour une association systématique des services de santé et des services sociaux, dans le cadre d'un système intégré, planifié et centralisé. Il va encore plus loin avec la création du Ministère des Affaires sociales (MAS), mesure qui ne figure pas non plus au palmarès des recommandations de la commission. Alors que celle-ci envisageait plutôt une réorganisation des services en fonction des deux ministères qui existaient déjà, celui de la santé et celui de la famille et du bien-être social, l'État préfère fusionner les deux et concentrer en une seule administration la conception et l'application de ses politiques et de ses programmes de santé et de services sociaux ⁷⁵. Le nouveau Ministère se voit alors confier le mandat d'administrer les établissements sociosanitaires, le régime d'assurance-maladie, le régime des rentes et le programme de sécurité du revenu. Parmi les nouvelles fonctions qui lui sont conférées, le Ministre des Affaires sociales se voit attribuer d'importants pouvoirs, moins pour favoriser l'accessibilité aux services ou encourager la participation de la population à l'administration des établissements et des organismes du réseau, que pour rationaliser le fonctionnement et la gestion du système sociosanitaire ⁷⁶.

Tous ces changements prennent force de loi avec l'adoption par l'Assemblée Nationale de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en 1971. Cette loi met en place les différentes composantes de ce nouveau système intégré et planifié de santé publique qui regroupe des services de santé physique et mentale, des services sociaux et des services communautaires. Elle procède également à une régionalisation de ces infrastructures, d'abord en créant une douzaine de régions sociosanitaires de tailles différentes, tant du point de vue du territoire que de la population, puis en mettant sur pied un organisme de coordination régionale dans chacune d'elles. Mais contrairement à la régionalisation

⁷⁵ Ibid., p. 18; Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. op.cit. pp. 80-81.

⁷⁶ Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. p. 18; Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. op.cit. p. 81.

privilégiée par la commission Castonguay-Nepveu, qui devait se traduire par la création de deux nouvelles structures régionales, l'Office régional de la santé⁷⁷ et le conseil régional de la santé⁷⁸, de même que par la création d'un modèle similaire dans l'organisation des services sociaux, l'État préfère réunir ces différentes fonctions en une seule et unique structure régionale: le Conseil régional de la Santé et des Services sociaux (CRSSS)⁷⁹. Chaque région se voit ainsi doter d'un organisme de coordination et de planification régionales des services sociosanitaires dispensés sur son territoire, à l'exception du territoire Cri, qui aura le sien cinq ans plus tard, en 1976⁸⁰. Par la même occasion, l'État procède également à la création des centres locaux de services communautaires (CLSC), dont l'implantation s'échelonne jusqu'au début des années quatre-vingt. Ceux-ci se voient confier la responsabilité des services de première ligne, même si les gens persisteront dans leur habitude d'aller directement à l'urgence ou à la clinique externe de l'hôpital le plus proche. Ils doivent également se livrer à des interventions de type communautaire. Pour ce faire, l'État subdivise à nouveau le territoire en unités sociosanitaires plus petites, appelées districts de CLSC. Au même moment, il met sur pied de nouveaux centres hospitaliers (généraux, spécialisés et psychiatriques), avec une gestion administrative séparée de la gestion médicale, et profite du contexte qui lui est favorable pour accentuer sa présence dans les établissements privés, en augmentant progressivement sa participation à leur financement et en intervenant directement dans leur gestion interne, sous prétexte de contrôler leurs dépenses. À l'intérieur de certains centres hospitaliers, sont créés des départements de santé communautaire (DSC), suite à la recommandation du comité d'étude sur la prévention sanitaire d'intégrer les fonctions de santé publique à l'intérieur des structures hospitalières. Leur mandat consiste grossso modo à dispenser la plupart des services qu'offraient auparavant les unités sanitaires, de même que les services à domicile. Des centres

⁷⁷ Corporation publique qui devait se charger de la planification, de la programmation, du contrôle et du soutien administratif des services de santé.

⁷⁸ Organisme consultatif qui devait être formé de représentants de la population.

⁷⁹ **Turgeon, Jean et Anctil, Hervé.** op.cit. pp. 80-83.

⁸⁰ **Ibid.**, pp. 80, 83-84; **Bergeron, Pierre et Gagnon, France.** op.cit. pp. 18-19.

d'hébergement et de réadaptation, ainsi que divers centres de services sociaux sont également mis sur pied durant cette période⁸¹.

Selon Bergeron et Gagnon, cette réorganisation des services sociosanitaires se caractérise non seulement par l'émergence d'une puissante technocratie, vouée corps et âme aux objectifs de productivité, de rentabilité et de développement économique formulés par l'État, mais également par une centralisation des pouvoirs décisionnels au sein des appareils centraux du gouvernement, tant du point de vue du financement des programmes que de celui de leur organisation et de leur planification, et une concentration géographique de ces centres de décision à Québec et à Montréal⁸². Turgeon et Anctil soutiennent que, contrairement aux apparences, le Gouvernement du Québec ne joue que très timidement le jeu de la décentralisation, même administrativement parlant⁸³. Alors que la Commission Castonguay-Nepveu envisageait la décentralisation comme le meilleur moyen d'assurer un ajustement optimal du système aux conditions et aux spécificités locales et régionales de la société québécoise, sur la base d'une démarche participative impliquant les usagers et les travailleurs au sein des conseils d'administration des établissements et des organismes, les fonctionnaires du gouvernement se mettent à tout centraliser. Renaud constate qu'ils s'accaparent de la plus grande partie du pouvoir et des fonctions névralgiques du système, comme l'allocation des ressources, reléguant ainsi les CRSSS dans un rôle subalterne et décourageant, par le fait même, toute forme de participation populaire⁸⁴. Turgeon et Anctil remarquent eux-aussi que les mandats les plus importants, comme l'allocation des budgets aux établissements et aux organismes, ou encore l'implantation ou l'agrandissement d'un établissement ou d'une installation, demeurent concentrés entre les mains des fonctionnaires des appareils centraux de l'État que sont le MAS, le Conseil du Trésor et le Ministère des Finances⁸⁵. Bergeron et Gagnon expliquent cette situation par l'approche structuro-

⁸¹ Ibid., pp. 18-19; Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. op.cit. pp. 80, 83-84 et 86.

⁸² Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. pp. 16 et 21.

⁸³ Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. op.cit. p. 85.

⁸⁴ Renaud, Marc. op.cit. p. 207.

⁸⁵ Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. op.cit. p. 85.

fonctionnaliste de la commission Castonguay-Nepveu, qui perçoit le système sociosanitaire comme un vaste ensemble intégré suivant de grands objectifs sociosanitaires et de grandes fonctions administratives. La Commission prône, en effet, une gestion rationnelle et efficace de ces activités, par la remise en question des élites traditionnelles, l'expansion du rôle de l'État et la rationalisation de l'organisation et de la gestion de larges secteurs de la société québécoise, dont celui de la santé et des services sociaux. Les dispositions de la Loi de 1971 ont pour effet de couler dans le ciment la régulation centrale et administrative propre au système⁸⁶.

Quant aux structures régionales, elles ne pèsent pas tellement lourd dans la balance. Comme nous allons le voir dans le prochain chapitre, le processus qualifié de décentralisation administrative par le MAS s'apparente plutôt à une valse hésitation des différents gouvernements qui se succèdent à confier des pouvoirs et des responsabilités importantes aux CRSSS. D'après Turgeon et Anctil, ces derniers demeurent d'abord et avant tout imputables au Gouvernement. La Loi stipule qu'ils doivent faire rapport annuellement de leurs activités au Ministre des Affaires sociales, qui doit à son tour rendre des comptes à l'Assemblée Nationale. Leur rôle se limite à conseiller le Ministre et à coordonner le réseau régional de services. La reddition de comptes au Gouvernement l'emporte haut la main sur leur imputabilité aux populations régionales, qui ne participent en aucune façon à la nomination des membres de leurs conseils d'administration, dont les réunions se déroulent à huis-clos. Au départ créés comme des organismes de consultation, ils deviennent vite des organismes de gestion encadrés et contrôlés par le MAS et les autres appareils centraux du Gouvernement⁸⁷.

⁸⁶ Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. pp. 21-23.

⁸⁷ Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. op.cit. pp. 84-85.

Selon Renaud, en devenant le nouveau centre de pouvoir du système sociosanitaire et le principal producteur de biens et de services en ce domaine, le Gouvernement du Québec devient, par le fait même, le principal mécanisme d'allocation et de répartition des ressources dans ce secteur. C'est lui qui dicte aux hôpitaux, aux centres d'accueil, aux organismes communautaires et à tous les autres établissements du réseau comment ils doivent être organisés, quel type de clientèles ils doivent accepter et à quel rythme elles doivent être reçues et traitées ⁸⁸. Il profite également du contexte pour apporter d'importantes modifications à ses méthodes et à ses critères de financement, et mettre en oeuvre de nouvelles techniques de gestion. Dans l'espoir d'en arriver à une gestion plus rationnelle, plus efficace et plus rentable du réseau, le Gouvernement révise en profondeur les bases budgétaires de tous les établissements et organismes oeuvrant dans le réseau, en leur imposant des contraintes financières plus rigides et des incitatifs à être plus productifs. Il tente, en vain d'ailleurs, d'amener les administrateurs de ces organisations à produire plus avec moins, afin de réduire les coûts du système (alors que l'on sait pertinemment que les dépenses du gouvernement dans ce domaine n'ont cessé d'augmenter depuis le début des années soixante). Parmi les changements les plus importants, Renaud, Turgeon et Anctil insistent sur le remplacement de la méthode « article par article » et « poste par poste » par l'allocation d'un budget global déterminé selon une méthode dite « historique de répartition des budgets entre les établissements », qui aura pour effet d'assurer la récurrence des inégalités initiales. D'abord instaurée dans les centres hospitaliers, cette nouvelle formule est ensuite étendue à l'ensemble des établissements du réseau. Celle-ci se base sur des intrants (ressources matérielles et humaines) et non sur des résultats exprimés en termes de santé, les dépenses enregistrées en 1970 servant de point de référence. Ainsi, chaque année, un budget global est versé à chaque établissement ou organisme du réseau, puis ajusté en tenant compte de l'augmentation des coûts reliés à l'inflation, aux augmentations consenties au personnel, aux nouveaux services offerts ou à l'ajout d'une nouvelle vocation, etc. Quant aux CRSSS, ils n'ont aucun pouvoir en cette matière, les montants des enveloppes

⁸⁸ Renaud, Marc. op.cit. pp. 212-213.

budgétaires étant déterminés par le Conseil du Trésor et le Ministère des Finances, sur la base des indicateurs de besoin élaborés par le MAS⁸⁹.

Cette situation n'est pas le fruit du hasard. Replacée dans son contexte, nous constatons que cette réorganisation de la santé et des services sociaux coïncide avec la parution d'un important document d'orientation des politiques gouvernementales en matière de développement économique: le rapport Higgins, Martin et Raynauld (HMR) sur *les orientations du développement économique régional dans la province de Québec*. Publié en 1970, par le Ministère fédéral de l'Expansion économique régionale (MEER), le rapport met en évidence les théories dominantes à l'époque en matière de développement économique, et expose de façon détaillée la stratégie que doivent privilégier les pouvoirs publics pour assurer le développement économique du Québec: le renforcement et la consolidation de l'espace économique de Montréal, par des investissements massifs dans les secteurs privé et public de la métropole, et la création d'un certain nombre de pôles de croissance dans les principales agglomérations urbaines de la province⁹⁰. De par son contenu, ce rapport s'inscrit de toute évidence en lien direct avec l'évolution générale du capitalisme au Québec, comme mode d'organisation de l'économie, et de ses exigences en matière de productivité, de rentabilité et d'efficacité dans la production et la gestion des biens et des services. Par le fait même, il influence non seulement les politiques de développement économique des deux paliers de gouvernement, mais oriente également l'État en général vers une plus grande concentration de ses investissements et de ses ressources dans les grandes métropoles. Au Québec, politiciens et fonctionnaires se tournent vers Montréal, convaincus d'en faire un moteur de développement et de progrès social pour l'ensemble de la province. Au moment de sa publication, rappelons-le, deux idées fondamentales convergent dans le sens d'une plus grande concentration des dépenses de l'État en milieu urbain. D'une part, l'idée de la modernisation des régions dites marginales et

⁸⁹ Ibid., p. 201; Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. op.cit. p. 86.

⁹⁰ Higgins, Benjamin; Martin, Fernand et Raynauld, André. Les orientations du développement économique régional dans la province de Québec. Ottawa, Ministère l'Expansion Économique régionale, Février 1970. 152 pages.

retardées, dans l'optique d'un rattrapage économique nécessaire par rapport à l'Ontario et aux autres sociétés industrialisées nord-américaines et mondiales. D'autre part, l'idée que seul le renforcement des grandes agglomérations urbaines peut générer des effets inducteurs de croissance dans les périphéries⁹¹. Il est donc urgent, selon le rapport HMR, de renforcer et de consolider l'espace économique de Montréal et de créer des pôles de croissance dynamiques, afin de réduire les écarts entre le Québec et les régions les plus riches du Canada, et d'accélérer le développement de l'ensemble de la province, de manière à ce qu'elle soit plus concurrentielle sur les marchés internationaux⁹².

Le rapport propose donc aux pouvoirs publics en place à Québec et à Ottawa d'axer le développement de la province sur la consolidation et le renforcement de Montréal, qu'il considère comme le seul foyer autonome de dynamisme au Québec dans un contexte de déplacement continental des activités économiques vers l'Ouest.

« Parier sur l'innovation et le progrès, soutiennent les auteurs, signifie concrètement que les efforts de développement pour le Québec doivent porter sur la région de Montréal. Cette région est le seul foyer autonome de dynamisme dans la province de Québec. Par ailleurs, elle constitue un pôle relativement faible et menacé qu'il est urgent de consolider si l'économie de l'ensemble du Québec doit demeurer dans l'orbite des grands courants nord-américains. Il est nécessaire que Montréal s'impose (...) davantage sur le plan international, par la vigueur de ses initiatives, la qualité de ses activités, la compétence de ses résidents (et) l'appui des pouvoirs publics de tous les niveaux »⁹³.

La concentration des activités économiques à Montréal ne peut être, selon le rapport, que synonyme de croissance économique et de progrès social pour l'ensemble du Québec. Ce qui n'était au départ, chez François Perroux, qu'une simple description d'un espace de polarisation lié aux activités économiques dans une économie de marché, devient un modèle qu'il convient d'appliquer à la réalité québécoise. Selon ce modèle, qui renvoie aux théories

⁹¹ Truchon, Martin (Claret, Henri; Klein, Juan-Luis et Morency, Marc-André, sous la direction de). op.cit. p. 34.

⁹² Ibid., pp. 23 et 32; Higgins, Benjamin; Martin, Fernand et Raynauld, André. op.cit. pp. 98, 134 et 140.

⁹³ Ibid., pp. 135 et 140.

économiques du « big push » et de l'interventionisme étatique, la croissance économique ne peut être diffusée qu'à partir des grandes agglomérations où sont concentrées les activités dynamiques et les innovations technologiques, par des effets d'entraînement sur leurs aires spatiales d'influence⁹⁴. L'ensemble urbain constitue ainsi un foyer d'activités innovatrices et autonomes qui font de lui un pôle de développement, entretenant des rapports spécifiques avec sa zone périphérique d'influence. Dans cette zone, se localisent des activités de croissance, c'est-à-dire des activités induites par le pôle de développement. Ensemble, le pôle et sa zone d'influence forment un espace polarisé, soit un ensemble de circuits d'information, d'échange et de migration. Entre les deux s'établissent des relations de domination ou de dépendance suscitant des tensions. Le pôle jouit d'une force d'attraction qui draine les ressources de la zone périphérique, nourrissant ainsi son propre dynamisme⁹⁵. Le modèle de développement proposé dans le rapport repose donc sur la création de pôles de développement ou la constitution de grands centres urbains dynamiques, diffusant les activités de croissance dans leurs aires d'influence. Les grandes agglomérations y sont présentées comme des pôles de développement et des foyers d'activités innovatrices qui, tout en exerçant un pouvoir d'attraction auprès des zones périphériques qui les entourent, nourrissent ainsi leur propre dynamisme, sont les seuls à être capables de diffuser les activités de croissance engendrées par ces activités innovatrices, dans les principales villes de ces zones périphériques, créant ainsi des pôles de croissance qui, à leur tour, diffuseront leurs effets, et ainsi de suite. Les métropoles régionales sont alors appelées à se spécialiser dans certaines activités économiques bien spécifiques pour lesquelles elles possèdent des avantages comparatifs⁹⁶.

Cette idée est reprise trois ans plus tard par l'Office de planification et de développement du Québec (OPDQ) dans un autre document d'orientation des politiques de développement

⁹⁴ *Ibid.*, p. 111.

⁹⁵ *Ibid.*, pp. 113-114; Truchon, Martin (Claret, Henri; Klein, Juan-Luis et Morency, Marc-André, sous la direction de). *op.cit.* p. 35.

⁹⁶ *Ibid.*, p. 35.

économique intitulé *Les orientations du développement du Québec*⁹⁷. Reprenant grossièrement les mêmes arguments que ceux formulés par Higgins, Martin et Raynauld pour justifier la nécessité de consolider Montréal à tous les points de vue et d'en faire un pôle de développement pour tout le Québec, l'OPDQ soutient que le sur-développement de la métropole ne peut être que bénéfique à l'ensemble du territoire québécois, en induisant la croissance dans les principales villes de la province⁹⁸. Certes, l'OPDQ admet que l'objectif général prioritaire d'accélération du développement économique de l'ensemble du Québec suppose un meilleur équilibre interrégional entre les différentes parties du territoire québécois. Elle fait cependant une nette distinction entre la notion d'un meilleur équilibre interrégional et celle de parité quantitative. Elle vise également, non pas le sauvetage des milieux périphériques et ruraux, mais essentiellement la croissance des principaux pôles économiques régionaux. Elle reconnaît que d'autres métropoles régionales, en dehors de Montréal, peuvent présenter des facteurs de localisation tout aussi avantageux qui, s'ils étaient activement exploités, permettraient sans doute de répartir autrement les activités, sans pour autant amoindrir le potentiel global de développement de Montréal pour l'ensemble de la province. Elle reconnaît qu'il n'est pas irrationnel de vouloir répartir une partie de la croissance économique de la grande région métropolitaine de Montréal vers des pôles périphériques, pourvu qu'ils n'en soient pas trop éloignés et pourvu qu'ils soient bien reliés aux réseaux de communication et d'information en provenance de Montréal. Cependant, elle soutient qu'il faut de préférence placer ces activités là où les facteurs de localisation sont économiquement plus favorables, et qu'il faut chercher à maximiser le plus possible les économies d'échelle et les effets d'entraînement qu'engendre la concentration de ces activités, tout en minimisant au maximum les coûts sociaux que provoque une trop grande dispersion des activités ou, au contraire, une trop grande accumulation⁹⁹.

⁹⁷ Office de Planification et de Développement du Québec. L'aménagement du territoire et le développement économique: Les orientations du développement du Québec. Québec, Direction générale de la planification, Office de Planification et de Développement du Québec, 1973. 174 pages.

⁹⁸ Truchon, Martin (Claret, Henri; Klein, Juan-Luis et Morency, Marc-André, sous la direction de). op.cit. p. 34.

⁹⁹ Office de Planification et de Développement du Québec. op.cit. pp. 11, 18 et 96-97.

Les pouvoirs publics reconnaissent ainsi comme normal le fait selon lequel les activités de croissance ont tendance à se regrouper dans un même lieu, afin de profiter des économies d'échelle que procure une telle concentration, ou dans l'entourage d'une grande agglomération qui pourra leur fournir les services nécessaires à un coût raisonnable, compte tenu de l'éloignement. Ils proposent simplement de continuer dans cette voie. Selon eux, on doit favoriser la création d'ensembles économiques alimentés par un pôle dominant. Pour qu'il puisse maintenir son hégémonie sur l'espace qu'il polarise, ce pôle dominant doit avoir une taille assez considérable, surtout si l'on tient compte de l'augmentation constante de la complexité et du coût des services complémentaires, et si l'on admet que seules des agglomérations de grandes dimensions engendrent des économies externes suffisantes pour générer des effets inducteurs de croissance dans leur zone d'influence. Partant de là, l'OPDQ propose de localiser à Montréal les nouvelles activités liées aux processus d'innovation (services financiers, services d'expertise technique et administrative, centres de recherche universitaires privés et publics, industries de pointe ou de haute technologie, etc.) prétextant que c'est surtout dans ces domaines que la métropole est en train de perdre du terrain au profit de Toronto et des autres métropoles économiques du Nord-Est américain, et que des mesures spéciales de redressement sont nécessaires. L'OPDQ propose également d'encourager la concentration à Montréal des activités manufacturières, dont les facteurs de localisation exigent une présence dans l'agglomération, prétextant les avantages à retirer des économies d'échelle et des coûts moins élevés des services complémentaires qu'on y retrouve. En ce qui concerne les autres régions, l'OPDQ favorise l'implantation des autres activités manufacturières (qu'il s'agisse d'activités totalement nouvelles ou d'une expansion importante d'activités déjà établies à Montréal) à l'extérieur de la métropole, soit dans les autres villes de la grande région de Montréal (St-Jérôme, Joliette, Sorel, St-Hyacinthe, Granby, St-Jean, Valleyfield) ce qui revient encore une fois à favoriser la concentration des activités dans la couronne montréalaise. En dehors de celle-ci, Trois-Rivières et Shawinigan en Mauricie, ainsi que Sherbrooke en Estrie, sont les trois premières villes identifiées comme ayant le potentiel suffisant pour devenir de futur pôles de croissance régionaux. Viennent

ensuite trois autres agglomérations polarisant chacune une région administrative. Il s'agit de la vieille capitale dans la région de Québec, de Hull en Outaouais et de la conurbation Alma-La Baie-Chicoutimi-Jonquière au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Quant aux petites villes du Québec de base et des régions ressources, elles doivent être confinées dans des activités complémentaires ou de soutien visant à appuyer le développement des pôles de croissance principaux dont elles dépendent¹⁰⁰.

La recherche d'un meilleur équilibre entre les régions se retrouve donc subordonnée à la maximisation du développement économique de l'ensemble de la province et au renforcement de l'espace économique de Montréal par rapport à ceux de Toronto et des grandes villes industrielles du Nord-Est américain¹⁰¹. Ce que l'OPDQ et le MEER ne disent pas, par contre, ce sont les effets pervers de la force d'attraction exercée par la polarisation des activités économiques sur les bassins de main d'œuvre situés en périphérie, draînant ainsi une partie importante de la population qui habite dans les petites villes et les villages ruraux de la province, où l'absence ou le peu d'activités industrielles ou tertiaires importantes se traduit par une disponibilité d'emploi beaucoup plus faible. Il s'en suit un mouvement d'exode hors des petites localités où le marché du travail ne peut fournir un emploi stable à tous ceux qui en ont besoin. Sans travail, plusieurs personnes s'en vont à Montréal ou dans les autres grands centres urbains de la province, là où elles pensent avoir de meilleures chances d'être embauchées¹⁰². En plus d'écarter du revers de la main tout argument laissant entrevoir les failles d'un tel modèle de développement (ou de sous-développement), l'OPDQ et le MEER considèrent ces migrations comme étant tout à fait normales. Elles obéissent simplement à la loi de l'offre et de la demande en matière d'emploi. Il n'y a rien de mal, selon eux, à ce qu'une partie de la population des milieux périphériques et ruraux déménage dans les zones fortement urbanisées et industrialisées de la

¹⁰⁰ *Ibid.*, pp. 11, 87, 89, 93-94, 96-97, 103-105, 121 et 136-137.

¹⁰¹ *Ibid.*, pp. 103 et 121.

¹⁰² *Ibid.*, pp. 135-136; Higgins, Benjamin; Martin, Fernand et Raynauld, André. *op.cit.* pp. 98, 102 et 145.

province, afin de combler les besoins en main-d'œuvre des industries qui y déplient leurs activités de production, et que la population locale ne peut fournir en entier¹⁰³.

« Il n'y a rien de répréhensible, selon Higgins, Martin et Raynauld, à supprimer la pauvreté et le chômage dans une région peu développée en attirant la population dans une ville dynamique (...) Il y a, bien sûr, des coûts sociaux aux mouvements de population, (...) mais il faut toujours comparer les coûts aux bénéfices (...) C'est une question des coûts sociaux du mouvement d'un côté et des différences en occasions d'emploi de l'autre »¹⁰⁴.

Nous savons bien pourtant que les coûts sociaux engendrés par ce système ont des impacts beaucoup plus importants que ceux dont ils veulent bien admettre l'existence. Plus de vingt années de recherche critique en matière de développement régional au Québec nous apprennent que le modèle de développement et les stratégies d'action préconisés par les deux paliers de gouvernement ont des répercussions économiques et sociales qui mettent en péril la pérennité des milieux périphériques et ruraux dépourvus de tels investissements et de telles infrastructures. Dès le milieu des années soixante-dix, en effet, plusieurs indicateurs socio-économiques montrent déjà les failles du développement polarisé, dont les effets pervers en termes de sous-emploi, d'exode démographique et de pauvreté, pour ne nommer que ceux-là, ne font que s'intensifier au lieu de se résorber. Contrairement aux prétentions du modèle, le sur-développement de Montréal n'induit pas la croissance économique désirée dans les autres villes de la province, mais se traduit plutôt par un accroissement des déséquilibres entre la métropole et les autres régions¹⁰⁵. Le dossier publié par la revue *Relations* en novembre 1988 de même que le rapport publié l'année suivante par le Conseil des Affaires sociales sur le développement social et démographique du Québec font la lumière sur ce « Québec cassé en deux » ou, comme ils le disent si bien, ce Québec fait de zones en désintégration et de zones en croissance, mettant ainsi en évidence deux visages

¹⁰³ Office de Planification et de Développement du Québec. op.cit. pp. 135-136; Higgins, Benjamin; Martin, Fernand et Raynauld, André. op.cit. pp. 98, 102 et 145.

¹⁰⁴ Higgins, Benjamin; Martin, Fernand et Raynauld, André. op.cit. pp. 98, 102 et 145.

¹⁰⁵ Truchon, Martin (Claret, Henri; Klein, Juan-Luis et Morency, Marc-André, sous la direction de). op.cit. p. 36.

diamétralement opposés de notre belle province ¹⁰⁶. D'un côté, un Québec qui s'appauvrit, qui vieillit plus rapidement, qui se vide de sa population, où l'état de santé est plus détérioré, où l'espérance de vie est moins élevée, où le suicide, l'alcoolisme et la délinquance sont plus fréquents, où le niveau de scolarisation est plus faible, où les écoles ferment faute d'élèves, où les infrastructures publiques se font de plus en plus rares et sont de plus en plus négligées, où les activités industrielles sont peu développées et plus vulnérables, et où le chômage et l'assistance sociale atteignent des sommets. De l'autre, un Québec plein de vitalité, en pleine croissance démographique, plus jeune et en meilleure santé, avec moins de chômage et un niveau de délinquance relativement peu élevé, un taux de suicide plus faible, des infrastructures publiques plus nombreuses et plus efficaces, un niveau de scolarisation plus élevé et une présence plus importante d'industries de tout genre, particulièrement dans les secteurs de pointe et de haute technologie ¹⁰⁷.

Graduellement, l'État qui émerge durant les années soixante-dix se caractérise par un discours qui fait la part belle aux facteurs dits « naturels » de localisation des activités économiques dans une économie de marché, pendant qu'il encourage la mobilité de la main-d'œuvre, au point de voir plusieurs municipalités et régions perdre une partie importante de leurs effectifs. On minimise ainsi l'importance des coûts sociaux engendrés par une confiance aveugle aux lois du marché en matière de développement économique. L'État reprend également les mêmes critères que l'économie de marché quand vient le moment de décider à quel endroit précis il va planter tel ou tel établissement ou procéder à tel ou tel investissement, abdiquant ainsi sa spécificité et son rôle de compensation des inégalités propres au mode de production capitaliste. Dans son étude sur la *désintégration des régions*, Côté décrit l'État comme étant l'esclave d'un culte immodéré porté à la croissance de son produit national brut (PNB). Conformément au principe selon lequel la

¹⁰⁶ Harvey, Julien; Paiement, Guy; Barriault, Claude et Côté, Charles. « Le Québec cassé en deux ». Dans *Relations*, no. 545, Novembre 1988, pp. 263-273; Conseil des Affaires sociales. *op.cit.* 124 pages.

¹⁰⁷ Harvey, Julien; Paiement, Guy; Barriault, Claude et Côté, Charles. *op.cit.* pp. 264-265; Trudel, Rémy; Leclerc, Yvon; Côté, Charles; D'Amours, Yvan; et al. *op.cit.* pp. 101-113.

concentration géographique des activités économiques dans un même espace contribue à accélérer la création de richesse, le Gouvernement du Québec fait double emploi avec le secteur privé en adoptant les mêmes critères que lui quand vient le moment de décider où il va investir ses fonds. Son but ultime étant d'augmenter le PNB du Québec tout entier, par rapport à l'Ontario et aux grandes régions industrialisées du Nord-Est américain, il n'hésite pas à utiliser les sous déboursés par les contribuables, sous formes de taxes et d'impôts, comme levier pour favoriser la concentration des activités économiques dans les principales agglomérations urbaines de la province. Davantage préoccupé par la croissance économique de l'ensemble de la province, il se retrouve, par le fait même à sacrifier une partie importante de son rôle à la croissance de son PNB¹⁰⁸.

Dans ces conditions, il n'est pas surprenant de voir l'État choisir l'emplacement des établissements et des institutions chargés de produire et d'offrir les biens et les services qu'il dispense en fonction de considérations économiques et d'intérêts corporatifs qui ne correspondent pas nécessairement à ceux de l'ensemble de la population à qui s'adressent ces mêmes biens et services. Il n'est donc pas surprenant de voir la concentration des leviers décisionnels au sein des appareils centraux de l'État, s'accompagner d'une concentration des ressources dans les principales agglomérations urbaines de la province, plus particulièrement à Montréal et à Québec, selon des facteurs de localisation qui ressemblent étrangement à ceux d'une économie de marché. Or, par essence, dans un système public, la production des biens et des services offerts par le Gouvernement ne devrait pas être assujettie aux lois du marché, comme c'est le cas pour le secteur privé, l'État étant, en principe, le seul agent en mesure d'installer des agents de production de biens et de services publics et para-publics, pour intervenir dans les endroits où les conditions de marché, par exemple, ne sont pas favorables à l'implantation d'une entreprise privée¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Côté, Charles. op.cit. pp. 212-213 et 216.

¹⁰⁹ *Ibid.*, pp. 76 et 212-213.

Compte tenu de la part importante qu'occupent ces activités dans la production totale de biens et de services au Québec (les dépenses publiques représentant plus de la moitié du PIB au Québec), l'emplacement géographique de ces infrastructures (et des dépenses récurrentes inhérentes à ces activités) a des impacts importants sur la répartition géographique des emplois reliés directement ou indirectement à la production et à la dispensation de ces biens et de ces services et, par voie de conséquence, sur les migrations de ceux qui postulent ou occupent ces emplois ¹¹⁰. (Ces impacts seront étudiés au chapitre quatre). En comparant les statistiques démographiques sur les migrations interrégionales avec les statistiques sur les niveaux d'emploi disponibles dans chacune de ces régions, nous verrons que la plupart des jeunes qui décident de quitter les milieux périphériques et ruraux de la province, pour aller se chercher du travail ailleurs, parce qu'ils ne s'en trouvent pas chez eux, se dirigent surtout vers les métropoles régionales et les sous-centres régionaux de services, c'est-à-dire vers les pôles industriels et les centres spécialisés dans la dispensation des services publics, quand ce n'est pas directement vers Montréal ou Québec. En d'autres mots, ils émigrent là où ils ont les meilleures chances de décrocher un emploi. Les professionnels et autres employés rémunérés par le MSSS et la RAMQ, pour produire et dispenser les services offerts par le Gouvernement dans le domaine de la santé et des services sociaux, et assurer la gestion et l'entretien des établissements, sont bien obligés d'aller vivre, avec leur famille immédiate (c'est-à-dire le conjoint ou la conjointe et le ou les enfants), dans les régions où l'on retrouve l'hôpital, le CLSC, le centre de réadaptation, etc.

1.4.3 - 1985 à 1991:

À partir du milieu des années quatre-vingt, l'assainissement des finances publiques devient le nouveau discours politique à la mode, alimentant en cela la majeure partie des programmes électoraux des partis politiques qui prennent alors le pouvoir, tels les Conservateurs de Brian Mulroney en 1984 et les Libéraux de Robert Bourassa en 1986. Tant au fédéral qu'au

¹¹⁰ *Ibid.*, pp. 76 et 212-213.

provincial, on cherche désespérément à réduire le poids des dépenses publiques dans l'économie. Au Québec, précisent Bergeron et Gagnon, on s'inquiète notamment de la progression accélérée des dépenses de santé et de la part importante qu'elles occupent dans l'ensemble des dépenses gouvernementales¹¹¹.

La crise économique qui se prolonge depuis le début des années quatre-vingt sert de toile de fond. Politiciens et technocrates doivent répondre, selon Renaud, aux exigences d'un contexte politique axé sur la décroissance rendue nécessaire et prioritaire d'un appareil d'État sur-endetté, décroissance liée à une conjoncture économique difficile et à une crise sans précédent des finances publiques. Ce contexte favorise la remise en question d'un État-providence qui cherche maintenant à diminuer les coûts d'une superstructure bureaucratique, dont il a lui-même favorisé l'émergence au cours des vingt années précédentes. D'aucuns prônent un retour au marché comme mécanisme d'allocation des ressources, en espérant qu'un retour aux lois apparemment naturelles de l'offre et de la demande recréera la dynamique sociale qu'aurait étouffé, selon eux, les diverses prises en charge étatiques, comme si l'État s'était voué, durant toutes ces années, à une logique tout à fait étrangère à celle de l'économie de marché¹¹². Les gouvernements n'ont plus les moyens, selon eux, de se payer le luxe d'une gestion étatique comparable aux dispositifs qu'ils ont mis en place depuis le début des années soixante. Un « nouveau » paradigme fait son apparition: le néo-libéralisme. La privatisation et les stratégies néo-libérales qui sous-tendent ce nouveau paradigme deviennent alors la principale préoccupation des élus, des économistes et autres technocrates de l'État. Elles sont présentées comme la seule voie de solution possible pour rentabiliser les pouvoirs publics, diminuer leurs dépenses, combattre le déficit et stimuler la reprise économique¹¹³. Cela ne veut pas dire retrait de l'État ou absence de toute intervention planifiée, et encore moins un abandon des objectifs de productivité, de rentabilité et d'efficacité économique, termes qui ne sont pourtant pas

¹¹¹ Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. p. 20.

¹¹² Renaud, Marc. op.cit. p. 215.

¹¹³ Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. p. 20; Renaud, Marc. op.cit. p. 215.

nouveaux dans le décor. Il s'agit plutôt d'un changement dans les orientations, sinon une modification des priorités des politiques gouvernementales. Il n'y a rien de nouveau cependant à ce que les pouvoirs publics s'inscrivent dans la logique propre au mode de production capitaliste et à l'économie de marché. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, cette période s'inscrit plus en continuité qu'en rupture avec le passé. Le néolibéralisme repose en fait sur les théories économiques dominantes du XIX^e siècle et de la première moitié du XX^e siècle (jusqu'en 1945).

S'il y a rupture, c'est surtout avec l'idéal social-démocrate d'une plus grande justice redistributive et l'idée même d'un rattrapage économique à l'échelle de la province, par la modernisation de l'ensemble de la société québécoise, par le nivelingement des déséquilibres interrégionaux et la modernisation des régions considérées comme marginales et retardées. Les principes de même que les objectifs d'équité socioéconomique qui ont inspiré les politiques de rattrapage des vingt dernières années, sans jamais être atteints, sont questionnés, sinon abandonnés. Auparavant, politiciens et fonctionnaires reconnaissaient l'existence d'importantes disparités entre les régions, mais en niaient ou en ignoraient les causes véritables. Durant les années quatre-vingt, l'existence même de telles disparités est remise en question. Prétextant que l'égalité des chances d'accès aux services éducatifs et sociosanitaires est désormais un fait établi partout au Québec, et niant, par le fait même, l'existence d'écart importants entre les régions et entre les municipalités qui les composent à l'égard de ces services, l'État s'interroge sur les modalités, voire la nécessité même, d'une contribution ou d'une intervention planifiée et massive de sa part dans ces domaines d'activité. Les référents aux déséquilibres interrégionaux sont peu à peu remplacés par la mise en exergue des problèmes relatifs à la compétitivité des économies locales et régionales ou, pour être plus exact, des industries locales et régionales, face à la mondialisation sans cesse croissante des marchés et de la concurrence internationale.

Dans les faits, cependant, on constate une reconduction du modèle de développement des années soixante-dix. Désormais, ce qui importe ce sont les objectifs économiques de productivité, de rentabilité et de compétitivité de l'économie québécoise, ce qui en soi s'inscrit davantage en continuité qu'en rupture avec le passé. Dès lors, les politiques gouvernementales ne sont plus orientées par des objectifs d'atténuation des disparités interrégionales, ce qui constitue un changement important par rapport aux politiques de rattrapage énoncées durant les années soixante, mais cherchent plutôt à appuyer des espaces considérés comme viables économiquement et capables de compétitionner sur les marchés internationaux, s'inscrivant en cela dans une suite logique aux propositions et aux stratégies d'action formulées dans le rapport Higgins, Martin et Raynauld en 1970. Il ne faut surtout pas oublier que le mode de production capitaliste et le modèle de développement économique, qui a émergé après la deuxième guerre mondiale, servent toujours de toile de fond. Les principes de bases du système capitaliste demeurent les mêmes. Il en va de même des principes sur lesquels se base le modèle de développement préconisé par l'État.

Ce qui est nouveau, par rapport aux années soixante et soixante-dix, c'est qu'on se tourne de plus en plus vers le secteur privé, comme s'il s'agissait d'une panacée. On commence à penser à privatiser de larges pans de la société québécoise qui, jusqu'à maintenant, relèvent uniquement ou presque des secteurs public et para-public. Après avoir exproprié et centralisé, après avoir créé des monopoles et des marchés, l'État donne le patrimoine collectif accumulé aux monopoles privés. En même temps qu'il tient un discours sur la nécessité de réduire le fardeau financier que représente son action, l'État souscrit à nouveau au libéralisme économique. Politiciens et technocrates sont de plus en plus nombreux à défendre l'idée selon laquelle la croissance économique nécessaire au développement de la société ne peut être assurée que par un secteur privé dynamique et concurrentiel, et à mettre l'emphase sur l'importance de stimuler l'entrepreneuriat et d'être plus compétitifs sur les marchés extérieurs. En réponse aux intervenants qui leur rappèlent que leurs interventions des vingt-cinq dernières années n'ont pas atténué les disparités interrégionales, ils expliquent

leur persistance par un manque de confiance dans la fonction régulatrice du marché, quand ils n'essaient pas de dissimuler leur existence derrière des moyennes statistiques, qui ont pour effet de cacher des écarts importants. Selon eux, à force de trop vouloir protéger les régions, on risque de court-circuiter l'action des mécanismes de rééquilibration propres à la mobilité des facteurs de production. La seule solution envisageable consiste alors à faire confiance aux lois du marché et, en l'occurrence, au mode de production capitaliste.

Pourtant, l'existence et l'amplification de ces disparités seront démontrées. Les pouvoirs publics seront également mis en garde contre les coûts sociaux de leurs nouvelles stratégies néo-libérales de développement économique et de privatisation. En effet, s'il y a bien quelque chose qui ne change pas durant toutes ces années, c'est bien le renforcement et la consolidation constante et progressive de la situation privilégiée qu'occupent les pôles industriels et les zones fortement urbanisées de la province, par l'appui et le soutien indéfectibles des pouvoirs publics en place à Québec et à Ottawa, peu importe le parti politique au pouvoir. Cet appel de l'État à la viabilité, à la productivité et à la compétitivité de l'économie québécoise sur les marchés extérieurs se traduit, en effet, par un appui aux centralités, c'est-à-dire aux grandes agglomérations urbaines de la province et aux pôles industriels régionaux, considérés comme compétitifs et dynamiques, d'où un renforcement de la situation privilégiée que ces espaces ont déjà dans les hiérarchies spatiales, ainsi qu'un accroissement des disparités entre ces pôles et le reste du territoire. Le modèle continue ainsi à produire ses meilleurs effets dans les territoires les mieux dotés en avantages comparatifs et en infrastructures économiques, ceux-ci étant alors appelés à se repositionner dans des espaces économiques de plus en plus vastes et à se dissocier de leur environnement régional. Les périphéries non compétitives et dépourvues des potentialités nécessaires aux impératifs de productivité et de rentabilité de l'économie en sont exclues. Puisque ce sont également dans les pôles que se concentrent la plupart des services gouvernementaux, les disparités avec les périphéries s'en trouvent davantage aggravées.

La crise des finances publiques et la remise en question du rôle de l'État amènent également le Gouvernement du Québec à revoir ses politiques et ses programmes sociaux, sous prétexte que ces derniers lui coûtent trop cher. Il en profite alors pour revoir ses politiques et ses programmes de santé et de services sociaux qui, bon an mal an, représentent le tiers de ses dépenses. Quinze ans après les travaux de la Commission Castonguay-Nepveu et la création du MAS, il crée, en juin 1985, une nouvelle Commission d'enquête, sous la présidence de Jean Rochon (qui succédera au Libéral Marc-Yvan Côté comme Ministre de la Santé lors de l'élection du Parti Québécois en 1992) ¹¹⁴. Il procède également, durant la même année, au transfert de l'aide sociale au Ministère du Travail et de la Main-d'oeuvre, qui prend désormais en charge tout ce qui touche la sécurité du revenu. Celle-ci ne relevant plus de sa compétence, le MAS change de nom et devient le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ¹¹⁵. Après trois longues années d'audiences et de débats sur toutes les questions relatives à l'organisation et au financement des services sociosanitaires, les membres de la Commission Rochon déposent finalement leur rapport en février 1988. Suite aux recommandations formulées dans ce rapport, le MSSS publie deux importants documents d'orientations ministérielles, dans lesquels il annonce les modifications qu'il a l'intention d'apporter au réseau: *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec en 1989* ¹¹⁶ et *une réforme axée sur le citoyen* en 1990 ¹¹⁷. Ce long et laborieux processus de révision du système sociosanitaire conduit également le Gouvernement du Québec à revoir le cadre législatif touchant la répartition des pouvoirs et le partage des responsabilités entre les diverses composantes du réseau, ce qui amène l'Assemblée Nationale à promulguer, en

¹¹⁴ Rochon, Jean; Gélineau, Guy; Barkun, Harvey; Bernatchez-Simard, Janine; et al. (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux). Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (Rapport Rochon). Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988. 803 pages.

¹¹⁵ Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. p. 20; Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. op.cit. pp. 83 et 97.

¹¹⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec: orientations. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989. 147 pages.

¹¹⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Une réforme axée sur le citoyen. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990. 95 pages.

1991, la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, en remplacement de celle de 1971¹¹⁸.

1.4.4 - 1991 à aujourd’hui:

Les changements qu’elle apporte au sein du réseau n’empêchent pas la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de reprendre grossièrement le même modèle que celui instauré par la Loi de 1971. Pour Bergeron, Gagnon, Turgeon et Anctil, la réforme de 1991 reproduit l’esprit de celle de 1971 et, de façon générale, celle des grands exercices de planification étatique développés au cours des années soixante et soixante-dix. Elle constitue en quelque sorte la consécration du rapport de la Commission Castonguay-Nepveu, dont elle reprend les grands principes. Elle reconduit les grandes fonctions du MSSS ainsi que les responsabilités du Ministre, sans même procéder à un réexamen de celles-ci. Elle maintient également les mécanismes d’allocation et de répartition des ressources instaurés durant les années soixante-dix. Elle vise enfin un renforcement du contrôle gouvernemental sur les dépenses publiques dans ce secteur, par un resserrement des contrôles exercés par le MSSS sur la gestion administrative des établissements et des organismes du réseau¹¹⁹.

Parmi les changements apportés au système, on note la création d’une direction générale de la santé publique, la création d’une direction générale de la coordination régionale, qui remplace les anciennes directions des liaisons avec les établissements, et surtout la transformation des CRSSS en RSSSS. Ces changements marquent ainsi l’abandon des communications directes avec les établissements, les régies devenant alors les nouveaux interlocuteurs privilégiés par le MSSS, en tant que courroie de transmission de ses directives et de celles émanant du Conseil du Trésor et du Ministère des Finances. Ces nouvelles institutions régionales prennent le relais des anciens conseils régionaux et s’accompagnent

¹¹⁸ Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. p. 20; Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. op.cit. pp. 83 et 97.

¹¹⁹ Bergeron, Pierre. op.cit. pp. 359-380; Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. pp. 25-26; Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. op.cit. p. 103.

d'un redécoupage administratif du territoire, le nombre de régions sociosanitaires passant de 12 à 18 (incluant les territoires autochtones de Kativik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James). Le Gouvernement du Québec les désigne comme les nouveaux acteurs de la décentralisation administrative du système, si décentralisation il y a ¹²⁰. Dans le prochain chapitre, nous allons voir qu'en vertu des dispositions prévues à cet effet par la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, elles ont comme mandat de planifier, d'organiser, de mettre en oeuvre et d'évaluer, au niveau régional, les programmes de santé et de services sociaux approuvés par le MSSS ¹²¹. En principe, les RSSS doivent assumer, régionalement et avec la participation de la population, la régulation administrative ferme que le MAS, puis le MSSS, devait réaliser centralement depuis la réforme Castonguay-Nepveu. Pour ce faire, elles sont assorties d'une Assemblée régionale chargée d'élire à tous les trois ans les membres de leur conseil d'administration, et d'approuver les priorités régionales ainsi que le rapport annuel d'activité que ces dernières lui soumettent. Le gouvernement donne ainsi l'impression d'accroître le rôle des citoyens dans la gestion du réseau, par la composition et les modalités de fonctionnement de l'Assemblée régionale et du conseil d'administration de la RSSS, ainsi que par les responsabilités qui sont confiées à cette dernière à l'égard des mécanismes de consultation et de participation de la population prévus par la réforme ¹²².

Dans les faits cependant, la nouvelle Loi perpétue la centralisation du système. Malgré les apparences, les appareils centraux du gouvernement conservent tous les pouvoirs leur permettant d'assurer une gestion centralisée du système. Si les régies régionales semblent décentralisées par leur personnalité juridique et leur direction politique, elles demeurent néanmoins tributaires des appareils centraux de l'État par leur financement et les compétences exercées. Les RSSS apparaissent davantage comme des pôles administratifs de niveau intermédiaire chargés d'assurer le relais entre les directives du MSSS et les

¹²⁰ Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. p. 25; Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. op.cit. pp. 97-99.

¹²¹ L.R.Q., c. S-4.2, art. 340.

¹²² Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. p. 25; Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. op.cit. p. 98.

administrations des différents centres de responsabilité de la région, imitant ainsi au niveau régional la centralisation observée au niveau provincial. Si la nécessité pour les RRSSS de tenir des séances publiques favorise d'une certaine manière la transparence de leur administration, elles doivent d'abord et avant tout rendre des comptes au ministre¹²³. Selon les dispositions prévues à cet effet par la Loi, elles doivent se soumettre à l'autorité de ce dernier pour l'approbation de leurs priorités, de leurs plans régionaux d'organisation des services et de leurs plans d'effectifs médicaux, pour l'évaluation des services, pour l'allocation des enveloppes budgétaires aux établissements et aux organismes et le contrôle de celles-ci, pour la fixation des modalités d'accès aux ressources intermédiaires et de type familial, pour les achats en commun, et pour tout autre mandat précis¹²⁴. Chaque année, elles doivent lui fournir un rapport détaillé de leurs activités et un compte rendu de l'avancement de leurs plans d'action. Elles doivent également lui fournir, à sa demande et dans les délais prescrits, tous les renseignements qu'il juge appropriés et opportuns d'avoir entre les mains. Enfin, elles doivent se présenter devant la Commission parlementaire des affaires sociales à tous les trois ans¹²⁵.

1.5 - Conclusion:

Au-delà des discours sur le désengagement de l'État, les difficultés économiques que traversent la société québécoise et les pouvoirs publics sont plutôt propices à une recentralisation du système. Le gouvernement dit ne plus avoir d'argent et l'importance du déficit accumulé ne fait plus aucun doute. L'heure est à la résignation au sein du réseau. Les contraintes financières pesant de plus en plus lourd, plusieurs centres de responsabilité sont forcés de regrouper leurs services, de mieux coordonner leurs activités, et même à se fusionner. Le contrôle exercé par les appareils centraux du gouvernement ne font que

¹²³ Bergeron, Pierre et Gagnon, France. op.cit. p. 25; Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. op.cit. p. 99.

¹²⁴ L.R.Q., c. S-4.2, art. 346, 350, 351, 354, 383 et 387.

¹²⁵ L.R.Q., c. S-4.2, art. 394.

s'accentuer. L'État s'amène avec une liste de compressions que les RRSSS n'ont qu'à exécuter.

D'autres éléments centralisateurs demeurent également omniprésents au sein du système, comme les mécanismes de péréquation interrégionale, qui peuvent amener le MSSS à adopter une approche normative plus stricte, et le contrôle exercé par les intérêts corporatifs sur le réseau. Turgeon et Anctil n'hésitent pas d'ailleurs à décrire le système sociosanitaire québécois comme étant le prisonnier des innombrables groupes d'intérêts qui le traversent: groupes de producteurs, corporations professionnelles, groupes d'établissements, regroupements d'organismes, groupes de pression, syndicats, etc. Les mécanismes démocratiques d'arbitrage et de règlement des différents ne suffisant plus, selon eux, seule la loi du plus fort opèrerait¹²⁶. Ces lobbies présentent en ce moment même leurs solutions, voire même des privatisations massives, à la crise engendrée dans le cadre de cette vaste collusion d'intérêts.

¹²⁶ Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. op.cit. pp. 99 et 102-103.

CHAPITRE DEUX

QUELQUES ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION POUR UNE ANALYSE CRITIQUE DES MÉTHODES DE RÉPARTITION INTERRÉGIONALE DES RESSOURCES SOCIOSANITAIRES AU QUÉBEC

2.1 - Introduction:

Il a été dit, dans le chapitre précédent, que l'approche adoptée dans ce mémoire se base essentiellement sur une comparaison entre les résultats attendus et les résultats obtenus au niveau de l'allocation et de la répartition des ressources sociosanitaires entre les régions, en vue de favoriser l'émergence d'une nouvelle doctrine évaluative. Une première étape, pour atteindre cet objectif, consiste à analyser les fondements et les principes de base du système régissant l'allocation et la répartition interrégionale des crédits destinés au financement des établissements chargés de produire et de dispenser les services offerts par l'État dans ce champ d'activité. Cette première étape implique un examen des mécanismes institutionnels et législatifs qui régissent l'allocation des ressources. Il s'agit, plus précisément, d'examiner le partage des responsabilités entre les trois paliers d'intervention de l'État, que sont le niveau décisionnel (l'Assemblée Nationale), le niveau exécutif (le Gouvernement) et le niveau administratif (le MSSS et les RRSSS). Il s'agit également de bien comprendre le contenu et le sens des orientations imposées au système par les articles de la *Loi sur l'administration financière du Québec*¹²⁷ et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹²⁸, relatifs à la budgétisation et à la répartition des ressources entre les établissements du réseau. Ainsi, une fois connue la finalité du système et ses objectifs en matière d'allocation des ressources, la deuxième étape consiste à examiner les modalités d'application des méthodes de calcul servant à déterminer le montant des enveloppes budgétaires contenant les crédits destinés au financement des établissements, de même que les mécanismes d'allocation utilisés pour répartir ces fonds entre les régions. Il s'agit, dans ce cas, d'une approche critique mettant en évidence les avantages et les désavantages de ces méthodes, en insistant surtout sur leurs lacunes méthodologiques et leurs inconvénients au niveau de leurs effets attendus et inattendus. Cette approche permet de comparer ce que prétendent vouloir faire les fonctionnaires impliqués dans le processus d'allocation des

¹²⁷ L.R.Q., c. A-6.

¹²⁸ L.R.Q., c. S-4.2.

ressources, avec ce qu'ils font vraiment. Dans le cas qui nous préoccupe, elle permet de mesurer l'importance des écarts qui existent entre la finalité et les objectifs du système, qui ont été clairement définis dans la Loi, et les faits observés en ce qui a trait aux règles budgétaires et aux mécanismes d'allocation appliqués par ces mêmes fonctionnaires au niveau de la répartition des ressources entre les régions. Elle permet notamment de mettre en évidence trois éléments importants de confusion qui persistent actuellement au sein du système, en regard de sa finalité et de ses objectifs, ainsi que des principes énoncés en matière d'allocation des ressources. Il s'agit, premièrement, de la confusion qui existe entre les paliers décisionnel, exécutif et administratif du système, où les deux derniers paliers se sont investis de tous les leviers décisionnels qui, normalement, devraient relever du premier palier, c'est-à-dire de l'Assemblée Nationale. Il s'agit ensuite de la distinction qui s'impose entre la décentralisation actuelle de certaines responsabilités administratives vers le palier régional, et ce que devrait être une véritable décentralisation des leviers décisionnels et des ressources inhérentes à une telle situation, en insistant sur le caractère fermé du système actuel qui empêche toute action en ce sens. Enfin, il s'agit de la différence qui existe entre ce que devrait être un système de santé, responsable d'une politique sociale visant à assurer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population sans disparité, et le système de soins actuellement en vigueur au Québec, qui répond davantage aux exigences d'une politique individualiste destinée à corriger des dysfonctionnements individuels chez les usagers.

2.2 - Fondements et des principes de base du système:

Deux documents de réflexion produits par le service des études opérationnelles de la RSSS-02 résument très bien les fondements et les principes de base du système sociosanitaire québécois en ce qui a trait à la redistribution des fonds publics entre les régions. Le premier s'intitule *Fondements et principes de la répartition des fonds publics*

*entre les collectivités: le cas des dépenses en santé et services sociaux*¹²⁹. Le deuxième a pour titre *La base de la répartition des ressources dans le domaine de la santé et des services sociaux*¹³⁰. Ces deux documents mettent en lumière le partage des responsabilités entre les trois paliers d'intervention de l'État en matière d'allocation des ressources, ainsi que les implications des dispositions légales précisant la finalité du système, ses objectifs et les principes qui doivent être respectés, ou qui devraient l'être, au niveau de la répartition des ressources entre les régions. Ils complètent très bien, en cela, le contenu et le sens des éléments que nous avons extrait des deux lois précitées.

2.2.1 - Les trois niveaux d'intervention de l'État:

Les auteurs insistent d'abord sur le fait que la dispensation des services à la population et la répartition des dépenses publiques en santé et en services sociaux ne se limitent pas à des activités administratives sectorielles assumées de façon autonome par les établissements mais relèvent, en principe, des fonctions décisionnelles et législatives dévolues aux appareils centraux de l'État. Ils insistent ensuite sur le fait qu'au Québec, ces fonctions constituent, en principe, des prérogatives de l'Assemblée Nationale, alors que les fonctions exécutives et administratives incombent respectivement au Gouvernement et à ses ministères. D'où l'importance de bien distinguer les trois niveaux d'intervention en présence et d'y situer les fonctions du MSSS et des RSSS¹³¹.

En principe, l'Assemblée Nationale devrait être la seule instance assumant les fonctions décisionnelles et législatives du système, par son pouvoir de voter les lois. Le

¹²⁹ Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. Fondements et principes de la répartition des fonds publics entre les collectivités: le cas des dépenses en santé et services sociaux. (document de réflexion). Chicoutimi, Service des études opérationnelles, Direction générale adjointe à l'administration, Régie Régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 1994. 11 pages.

¹³⁰ Larouche, Daniel et Martin, Danielle. La base de la répartition des ressources dans le domaine de la santé et des services sociaux. (document de réflexion). Chicoutimi, Service des études opérationnelles, Direction générale adjointe à l'administration, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 1994. 14 pages.

¹³¹ Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. pp. 4-5; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. pp. 3-7.

Gouvernement, formé par le premier ministre, ses ministres, leurs adjoints (sous-ministres, conseillers spéciaux, secrétaires et autres experts) et tout un ensemble de fonctionnaires, devrait simplement en assurer l'exécution. Pour être plus précis, la responsabilité de redistribuer les fonds publics, et celle de poser des gestes pertinents aux intérêts fondamentaux des populations réparties sur le territoire, devraient être des prérogatives exclusives à l'Assemblée Nationale. On sait déjà que les députés, qui siègent au sein de cette assemblée, ont la responsabilité de déterminer les grandes orientations et les objectifs fondamentaux de l'État, dans tous les domaines qui relèvent de sa compétence. On sait également qu'ils ont la responsabilité d'orienter et de contrôler les actions du Gouvernement, par leur pouvoir d'adopter des lois et par leur pouvoir d'interroger le premier ministre et ses ministres lors des sessions parlementaires. Enfin, on sait qu'ils ont la responsabilité d'approuver la politique économique du Gouvernement et le pouvoir d'autoriser les dépenses des différents ministères en conformité avec celle-ci. On peut penser également qu'ils devraient assumer ces fonctions dans le respect des intérêts fondamentaux des populations qui habitent les comtés où ils ont été élus. Une interprétation courante voudrait, en effet, que chaque député doive, en premier lieu, défendre les intérêts des citoyens qui l'ont élu. Tant du côté du Gouvernement que dans celui de l'Opposition, il serait d'abord et avant tout le représentant de la population qui habite le comté où il a été élu. Il serait imputable devant elle. Que ce soit au sein du Gouvernement ou lorsqu'il siège au Parlement, il devrait s'acquitter de ses fonctions et assumer ses responsabilités en tenant compte des intérêts fondamentaux de ses électeurs, et agir en fonction du bien-être de la population qu'il représente ¹³².

Le Gouvernement, formé par le parti politique détenant la majorité des sièges au Parlement, assumerait uniquement les fonctions exécutives du système. Le rôle du Premier Ministre et de ses ministres se limiterait à mettre en application les lois votées par l'Assemblée

¹³² Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. pp. 4-5; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. pp. 7-10.

Nationale. Ils le feraient notamment par le biais de la politique budgétaire approuvée par le Parlement. Cette dernière répartirait les dépenses du Gouvernement en fonction des grandes orientations et des objectifs fondamentaux déterminés par l'Assemblée Nationale, et non en fonction des intérêts ou des recommandations formulés par de tiers fonctionnaires dont le mandat devrait se limiter à exécuter les décisions qui émanent du Parlement¹³³.

Les divers ministères assumeraient essentiellement les fonctions administratives du système, rôle qu'ils partageraient, aux niveaux régional et local, avec des institutions et des organismes auxquels ils ont délégué certaines tâches administratives. La responsabilité de chacun se limiterait à administrer correctement la part du budget qui lui est octroyée par le Ministre des Finances, après l'approbation par la majorité des députés siégeant à l'Assemblée Nationale, du projet de dépenses du Gouvernement préparé par le Conseil du Trésor. Le scénario se répèterait chaque fois qu'une année financière se termine. Les responsabilités confiées au MSSS et aux RSSS devraient ainsi se limiter aux fonctions administratives du Gouvernement. Elles devraient, en tout temps, respecter le principe selon lequel elles doivent être constamment subordonnées aux lois votées par les députés de l'Assemblée Nationale. Les actions du MSSS devraient toujours être soumises aux décisions qui émanent du Parlement, auquel il doit rendre des comptes par l'intermédiaire d'une commission permanente sur les affaires sociales. Or, nous allons voir un peu plus loin, que dans les faits, le Conseil du Trésor et le MSSS dictent à eux seuls, par leurs critères d'allocation et leurs méthodes de calcul, la répartition des ressources entre les régions, alors que cette responsabilité devrait relever des prérogatives de l'Assemblée Nationale, c'est-à-dire du palier décisionnel¹³⁴.

¹³³ Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. p. 5; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. p. 7.

¹³⁴ Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. pp. 4-5; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. pp. 7-8.

2.2.2 - Le cadre législatif: la *Loi sur l'administration financière du Québec* et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*:

Les arguments en faveur d'une telle interprétation de la façon dont les responsabilités relatives à la redistribution des fonds publics devraient être partagées entre l'Assemblée Nationale, le Gouvernement, le MSSS et les RRSSS, reposent sur les dispositions prévues à cet effet par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la *Loi d'application plus générale sur l'administration financière du Québec*, autre balise de l'allocation et de la répartition des ressources entre les régions. Ces lois précisent les principes de base de la détermination des enveloppes budgétaires annuelles contenant les crédits destinées au financement des établissements et leur distribution entre les régions.

Ce qu'il importe de retenir, c'est que les choix budgétaires du Gouvernement, ainsi que le financement des établissements, relèvent en principe de l'Assemblée Nationale, et se font selon les mécanismes prévus à cet effet par la *Loi sur l'administration financière du Québec*, à laquelle sont assujetties toutes les autres lois votées par le Parlement, y compris celle sur les services de santé et les services sociaux. Celle-ci confirme, en effet, notre interprétation du rôle que doit jouer chacun des paliers d'intervention de l'État, dans la redistribution des fonds publics entre les régions. Selon les dispositions prévues à cet effet, le Ministre des finances, le Conseil du Trésor et le Contrôleur des finances sont les trois principales instances du Gouvernement chargées de veiller à l'« administration » des finances publiques. Ils doivent le faire, cependant, en conformité avec les choix économiques et budgétaires approuvés par l'Assemblée Nationale. La Loi stipule, en effet, que la répartition du budget global entre les différents ministères, ainsi que l'allocation des ressources aux établissements des divers réseaux de services dispensés par l'État, doivent être approuvées par l'Assemblée Nationale. Selon le premier alinéa de l'article 2, le Ministre des finances a, entre autres fonctions, le devoir de conseiller le Gouvernement en matière de politique économique, fiscale et budgétaire. Le deuxième alinéa du même article lui confère la responsabilité de

présenter à l'Assemblée Nationale les prévisions budgétaires préparées par le Conseil du Trésor. Le troisième alinéa lui confie la tâche de gérer le Fonds Consolidé du Revenu, désigné par l'article 29 comme l'ensemble des revenus et des deniers sur lesquels le Parlement a un droit d'allocation¹³⁵. Selon l'article 23, le Conseil du Trésor est chargé, à chaque année, de préparer un projet de dépenses et de le soumettre au Conseil Exécutif du Gouvernement, en lui adjoignant les prévisions budgétaires qu'il a calculées pour l'année financière correspondante. À ces fins, l'article 23 lui confie la tâche d'analyser les implications financières des plans et programmes des ministères et autres organes du Gouvernement, et la responsabilité de recueillir auprès d'eux les demandes de crédit que ceux-ci jugent nécessaires pour remplir leurs fonctions¹³⁶. Selon l'article 13, le Contrôleur des finances doit tenir la comptabilité du Gouvernement. Il a, entre autres fonctions, la responsabilité d'enregistrer les engagements financiers imputables sur les crédits votés par le Parlement, et de voir à ce que ces engagements et les paiements qui en découlent n'excèdent pas ces crédits et leur soient conformes. Il doit s'assurer de la conformité des dépenses réalisées par les ministères et les autres organes du Gouvernement avec les prévisions budgétaires adoptées et approuvées par le Parlement et les dépenses autorisées par lui, et voir à ce que celles-ci n'excèdent pas les recettes constituant le Fonds Consolidé du Revenu¹³⁷. En résumé, la *Loi sur l'administration financière* assigne au Ministre des finances le rôle de gérer le Fonds Consolidé du Revenu où sont réunies les sommes nécessaires pour financer le projet de dépenses de l'État. Ce dernier résulte des prévisions budgétaires préparées par le Conseil du Trésor à partir des demandes de crédit formulées par les ministères et les autres organes du Gouvernement. Elles sont présentées au Conseil Exécutif du Gouvernement par le Ministre des finances, et soumises pour approbation à l'Assemblée Nationale.

¹³⁵ L.R.Q., c. A-6, art. 2, al. a,b et c; L.R.Q., c. A-6, art. 29.

¹³⁶ L.R.Q., c. A-6, art. 23.

¹³⁷ L.R.Q., c. A-6, art. 13.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, quant à elle, précise la finalité du système, son but et ses objectifs, ainsi que les principes sur lesquels devrait se baser la répartition interrégionale des ressources destinées au financement des établissements et des organismes sociosanitaires. La Loi met d'abord en évidence les responsabilités confiées au système en matière de développement social, et plus particulièrement en ce qui a trait au bien-être des citoyens et à leur capacité d'assumer pleinement leur rôle dans leur milieu¹³⁸. Comme le stipule l'article 1, le régime a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'y accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie¹³⁹. Pour atteindre ce but, le régime vise notamment à agir sur les facteurs dominants pour la santé et le bien-être, à favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale, et à atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions¹⁴⁰. En conformité avec le principe d'équité interrégionale énoncé par l'article 1, les articles 431 et 463 imposent, par la suite, une répartition équitable des ressources entre les régions, en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques socio-sanitaires¹⁴¹. Le 3 ième et le 7 ième alinéa de l'article 431 stipulent, en effet, que le Ministre a, entre autres responsabilités, le devoir de répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières entre les régions, et d'assurer la coordination interrégionale des services de santé et des services sociaux, en vue notamment de favoriser leur accessibilité à l'ensemble de la population des régions du Québec¹⁴². Quant à l'article 463, le premier paragraphe précise que celui-ci doit voir à la répartition interrégionale des ressources nécessaires au financement du système de santé et de services sociaux, en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques socio-sanitaires¹⁴³. Selon les

¹³⁸ Côté, Charles et Larouche, Daniel. op.cit. p.3; Larouche, Daniel. op.cit. p.6.

¹³⁹ L.R.Q., c. S-4.2, art. 1, par. 1.

¹⁴⁰ L.R.Q., c. S-4.2, art. 1, par. 1, al. 2, 5 et 7.

¹⁴¹ L.R.Q., c. S-4.2, art. 431; art. 463.

¹⁴² L.R.Q., c. S-4.2, art. 431, 3 et 7.

¹⁴³ L.R.Q., c. S-4.2, art. 463, par. 1.

études réalisées sur le sujet, la Loi précise clairement et incontestablement le principe d'équité interrégionale auquel devraient être subordonnées toutes les actions du MSSS. Elle reconnaît implicitement la relation directe qui existe entre l'individu et son milieu, ainsi que l'impératif d'atteindre des niveaux comparables de santé entre les régions. Elle exprime la volonté du législateur (l'Assemblée Nationale) d'assurer à l'ensemble des citoyens une chance égale de s'intégrer et de s'adapter à leur milieu, et d'atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être des populations, au sein des différentes régions. Elle exprime également sa volonté de mettre en oeuvre des mécanismes qui, tout en reconnaissant l'existence d'orientations et d'objectifs d'ensemble, visent à adapter les interventions du MSSS aux caractéristiques des milieux régionaux ¹⁴⁴.

Selon ces mêmes études, la Loi indique clairement que les interventions du MSSS devraient se limiter à la gérance du réseau, c'est-à-dire à la gestion des programmes et des établissements chargés de produire et de dispenser les services offerts par l'État, en fonction des objectifs et des priorités fixés pour chacun, et que les responsabilités confiées ou partagées avec les RRSSS implantées dans chacune des régions sociosanitaires de la province, devraient également se limiter à ces fonctions ¹⁴⁵. Au niveau central, en vertu des responsabilités qui lui sont conférées par le premier alinéa de l'article 431, le MSSS doit déterminer les orientations générales, les objectifs généraux et les grandes priorités pour l'ensemble du système, établir les politiques et les programmes correspondants, voir à leur mise en oeuvre et à leur application par les RRSSS, ainsi qu'à leur évaluation ¹⁴⁶. Selon le deuxième paragraphe de l'article 463, il a aussi la responsabilité d'établir les mécanismes d'allocation des ressources, permettant aux RRSSS d'implanter les programmes dont la responsabilité leur est confiée et de gérer les enveloppes budgétaires qui leur sont allouées, en conformité avec le projet de dépenses préparé par le Conseil du Trésor et adopté par

¹⁴⁴ Larouche, Daniel. op.cit. 7-12.

¹⁴⁵ Côté, Charles. op.cit. p. 210; Côté, Charles et Larouche, Daniel. op.cit. pp. 4-5.

¹⁴⁶ L.R.Q., c. S-4.2, art. 431, al. 1.

l'Assemblée Nationale¹⁴⁷. Au niveau régional, l'article 340 confie à la RSSSS la tâche de planifier, d'organiser, de mettre en oeuvre et d'évaluer, dans sa région, les programmes élaborés par le Ministre. Selon le 2 ième et le 3 ième alinéa de cet article, elle a, entre autres fonctions, la responsabilité d'élaborer ses priorités en fonction des besoins de la population de sa région, en tenant compte des objectifs fixés par le Ministre. Elle a également la responsabilité d'établir les plans d'organisation des services dans son territoire, et de procéder à l'évaluation de leur efficacité¹⁴⁸. En ce qui a trait à l'allocation des ressources proprement dite, le 4 ième alinéa du même article, ainsi que l'article 350, stipulent qu'il lui incombe de répartir les ressources financières mises à sa disposition, pour la mise en oeuvre du plan d'organisation des services qu'elle a élaboré pour sa région. Elle a la responsabilité, dans la mesure et aux conditions prescrites par le Ministre, en conformité avec les règles budgétaires adoptées et approuvées par l'Assemblée Nationale, d'allouer les budgets de fonctionnement destinés aux établissements publics et privés conventionnés de sa région, et d'octroyer les subventions accordées aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées de sa région¹⁴⁹.

Ce qu'il importe de retenir, selon les études auxquelles nous faisons référence, c'est que la RSSSS est constamment subordonnée dans l'exercice de ses fonctions, aux directives ministérielles qui émanent du Gouvernement. Les documents consultés nous laissent croire, en effet, que les éléments de régionalisation qui prévalent actuellement dans le système, se traduisent par un mécanisme direct de subordination des administrations régionales aux appareils centraux du Gouvernement, en l'occurrence le MSSS, ainsi qu'aux lois votées par l'Assemblée Nationale. Selon les auteurs, les fonctions confiées à la RSSSS relèvent d'une simple délégation de responsabilités administratives, et non d'une véritable décentralisation impliquant des pouvoirs décisionnels au niveau régional. Les articles 392 et 463, par exemple, obligent cette dernière à soumettre son plan d'organisation des services et son plan

¹⁴⁷ L.R.Q., c. S-4.2, art. 463, par. 2.

¹⁴⁸ L.R.Q., c. S-4.2, art. 340, par. 1, al. 2 et 3.

¹⁴⁹ L.R.Q., c. S-4.2, art. 340, par. 1, al. 4; L.R.Q., c. S-4.2, art. 350.

de répartition des ressources financières au Ministre, et obligent ce dernier à déposer devant l'Assemblée Nationale le rapport annuel qu'elle lui soumet. De même, l'identification en région des besoins de la population, ainsi que l'évaluation des priorités régionales et la planification des services offerts par les établissements de la région, doivent obligatoirement se faire en conformité avec les priorités nationales auxquelles elles sont assujetties¹⁵⁰. En principe, la Loi limite le rôle du Ministre et celui de la RSSSS à des fonctions purement administratives et non décisionnelles. Pas plus que le Ministre, la RSSSS ne décide du volume total de ressources alloué à l'ensemble des établissements d'une région. Rappelons-le, la redistribution des fonds publics est une prérogative qui relève en premier lieu du projet de dépenses du Gouvernement préparé par le Conseil du Trésor, et soumis par le Ministre des finances à l'Assemblée Nationale pour approbation.

Ces auteurs précisent enfin que les services offerts par le MSSS sont destinés à l'ensemble de la population qui habite les différentes régions de la province, et non à un groupe restreint d'individus correspondant à des critères préalablement établis. L'utilisation du terme population, dans les articles cités ci-dessus, veut dire que le système sociosanitaire québécois s'adresse à l'ensemble des citoyens qui ont le droit d'utiliser le réseau et non seulement aux usagers qui bénéficient effectivement des services qui leur sont offerts. On ne doit absolument pas confondre l'expression « ... en fonction des populations à desservir ... », utilisée par l'article 463 de la Loi, avec les bénéficiaires du système. Ces derniers ne sont pas synonymes du terme population, tel que défini dans le Petit Robert comme étant l' « ensemble des personnes qui habitent un espace, une terre ». Ils ne représentent qu'une partie variable des populations auxquelles ils appartiennent.

¹⁵⁰ L.R.Q., c. S-4.2, art. 392; L.R.Q., c. S-4.2, art. 463, par. 3.

2.3 - Critique des mécanismes de répartition interrégionale des ressources:

Le principe d'équité interrégionale et les responsabilités confiées au système en matière de développement social devraient normalement donner lieu à une répartition équitable des ressources entre les régions. Cela devrait donner lieu à des mécanismes permettant d'atteindre des niveaux comparables de santé au sein des différentes couches de la population et des différentes régions, et de favoriser le bien-être de l'ensemble de la population du Québec et de ses divers groupes, où qu'ils soient. Cela devrait donc donner lieu à des formules ou à des méthodes de financement évitant de créer des inégalités dans la répartition des ressources entre les régions. Or, les faits observés dans ce mémoire nous amènent à brosser un diagnostic assez peu reluisant des mécanismes d'allocation qui prévalent actuellement au sein du système. Ils tendent à démontrer que la formule utilisée par le Conseil du Trésor pour calculer le montant des enveloppes budgétaires contenant les crédits destinés au financement des établissements du réseau, et que les critères sur lesquels se base le MSSS pour répartir ses fonds entre les régions, ne correspondent pas aux objectifs fixés en matière de développement et d'équité sociale. Au contraire, ils mettent en évidence les lacunes méthodologiques de ces mécanismes et leurs inconvénients au niveau de leurs résultats attendus et inattendus, en regard de la finalité du système et de ses principes de base en matière d'allocation des ressources.

2.3.1 - La méthode dite historique de calcul et de répartition des budgets:

En ce qui concerne l'allocation des crédits, un article de l'économiste Gérard Bélanger, sur le financement des établissements sociosanitaires au Québec, explique comment le Conseil du Trésor détermine le montant des enveloppes budgétaires globales qu'il octroie annuellement à chacun d'eux¹⁵¹. Dans cet article, Bélanger nous rappelle que les crédits

¹⁵¹ Bélanger, Gérard. « Le financement centralisé et la décentralisation des décisions: une incompatibilité ? ». pp. 327-341 dans Lemieux, Vincent; Bergeron, Pierre; Bégin, Clermont et Bélanger, Gérard (sous la direction de). Le

alloués par le Conseil du Trésor au MSSS servent principalement au financement de plus de 900 établissements répartis à travers tout le Québec, et que jumelés aux crédits versés à la RAMQ, ces sommes représentent annuellement près du tiers des dépenses totales du Gouvernement du Québec¹⁵². Comme on peut le voir dans les budgets déposés devant l'Assemblée Nationale, ces crédits sont d'abord répartis entre une dizaine de programmes regroupant les services dispensés par les CLSC, le soutien apporté aux organismes bénévoles, les services dispensés par les centres hospitaliers, les services dispensés par les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse et les centres de réadaptation pour les jeunes et les mères en difficulté, les services dispensés par les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les activités de coordination de la recherche, les fonctions nationales et les activités connexes au fonctionnement du réseau, les activités de l'OPHQ et celles de la RAMQ, auxquels s'ajoutent des crédits permanents et les contributions au Fonds des services de santé. Ils sont ensuite répartis entre les établissements publics et privés du réseau, regroupés dans l'une ou l'autre des classes d'établissements suivantes: les CHSCD, les CHSLD, les CHPSY, les CLSC, les CS, les CSS, les CAH et les CAR, auxquels s'ajoutent différents organismes comme les RSSS, l'OPHQ, l'OSGE, la RAMQ, les DSC, USP ou DSP, la CACSSS, etc¹⁵³.

Cette budgétisation des établissements, explique Bélanger, se caractérise, depuis 1972, par une enveloppe budgétaire globale accordée sur une base annuelle et récurrente à chacun d'eux. Le montant de celle-ci est déterminé selon une méthode dite historique de répartition des budgets entre eux. L'aspect global de cette méthode permettrait, selon lui, une certaine autonomie de gestion à l'établissement, tout en le contraignant à ne pas encourir de déficit. En effet, si chaque établissement conserve une certaine autonomie de gestion à l'intérieur de l'enveloppe qui lui est allouée, cette liberté de gestion doit quand même respecter un budget

système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux. Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1994. 370 pages.

¹⁵² *Ibid.* p. 330.

¹⁵³ Voir la liste des sigles pour connaître la signification de ceux-ci.

équilibré. Le rôle du MSSS est alors de s'assurer que les dépenses globales de chaque établissement respectent les crédits qui lui sont alloués par le Conseil du Trésor¹⁵⁴. Cela étant dit, une question se pose: est-ce que chaque établissement reçoit un niveau de financement adéquat, surtout si l'on tient compte, comme on le verra plus loin, de l'importance des masses salariales et des retombées économiques que représentent ces sommes pour une population ? À ce propos, la figure 1 présente la formule utilisée sur une base annuelle pour déterminer le budget global de chaque établissement. On peut voir que l'enveloppe budgétaire allouée à un établissement est en grande partie définie à partir de celle de l'exercice financier de l'année précédente. Elle peut être ajustée en fonction de certains facteurs comme l'augmentation des coûts de production ou des changements d'activités. Le recours à cette formule permet ainsi de remonter jusqu'aux dépenses engagées au cours de l'année de base, soit 1970, considérée comme point de départ de cette méthode dite historique de calcul et de répartition des budgets entre les établissements¹⁵⁵. Cette récurrence des budgets se traduit dans les faits par une progression constante des dépenses sociosanitaires dans chacune des régions du Québec. À titre d'exemple, le graphique 1 illustre cette progression dans les régions du Bas-Saint-Laurent, de Québec, de Montréal et de la Montérégie entre 1986 et 1992¹⁵⁶. Quant au graphique 2, il montre cette progression dans les différents centres de responsabilité de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean entre 1985 et 1994.

Selon Bélanger, le fait que cette méthode ait été utilisée pendant près d'un quart de siècle signifie que personne n'a jamais cru bon, au sein du gouvernement, de vérifier si elle permettait vraiment de répartir équitablement les ressources. En effet, les fonctionnaires du Conseil du Trésor et du MSSS ont toujours accepté de façon implicite que l'année de base utilisée depuis plus de vingt-cinq ans, représentait une redistribution équitable des budgets,

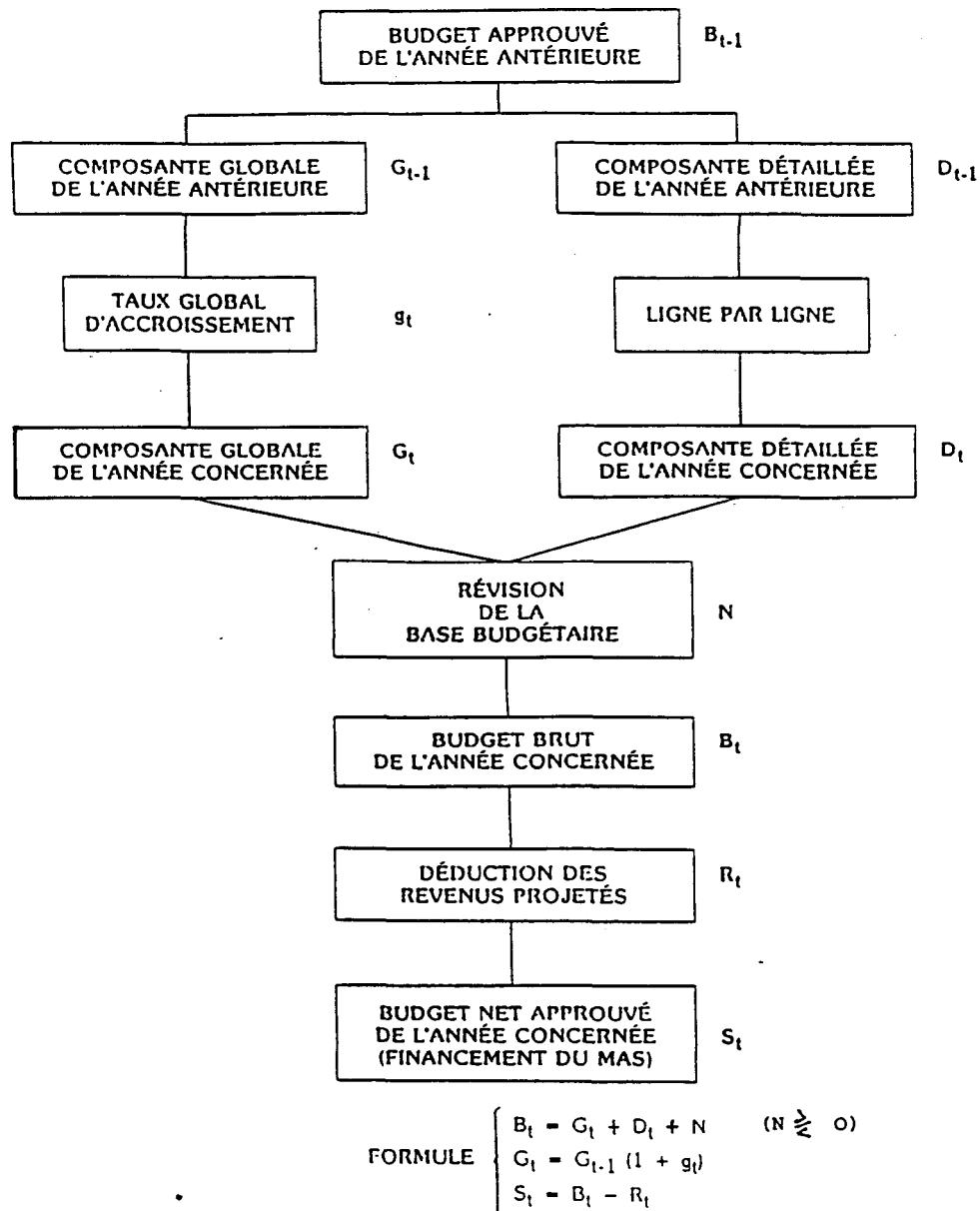
¹⁵⁴ Bélanger, Gérard. op.cit. pp. 330-332.

¹⁵⁵ Ibid. p. 330.

¹⁵⁶ Les données disponibles indiquent que cette progression constante des dépenses se vérifie dans toutes les autres régions sociosanitaires de la province. Celles-ci ont été exclues du graphique 1 afin d'éviter de le surcharger et de le rendre incompréhensible.

FIGURE 1

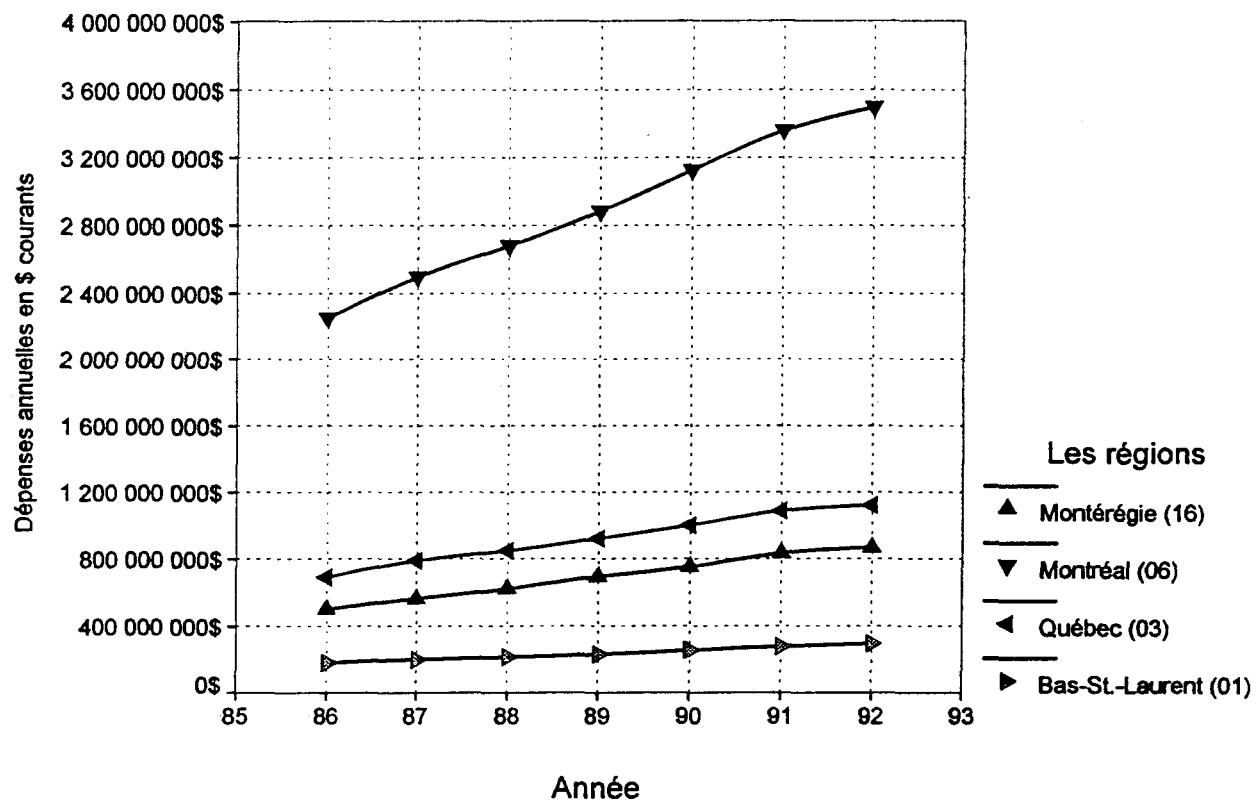
Formule de la détermination du budget global d'un établissement



Source: Bélanger, Gérard. « Le financement centralisé et la décentralisation des décisions: une incompatibilité ? ». pp. 327-341 dans Lemieux, Vincent; Bergeron, Pierre; Bégin, Clermont et Bélanger, Gérard (Sous la direction de). Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux.

GRAPHIQUE 1

Évolution des dépenses brutes en santé et services sociaux dans certaines régions du Québec, en dollars courants (excluant la RAMQ)

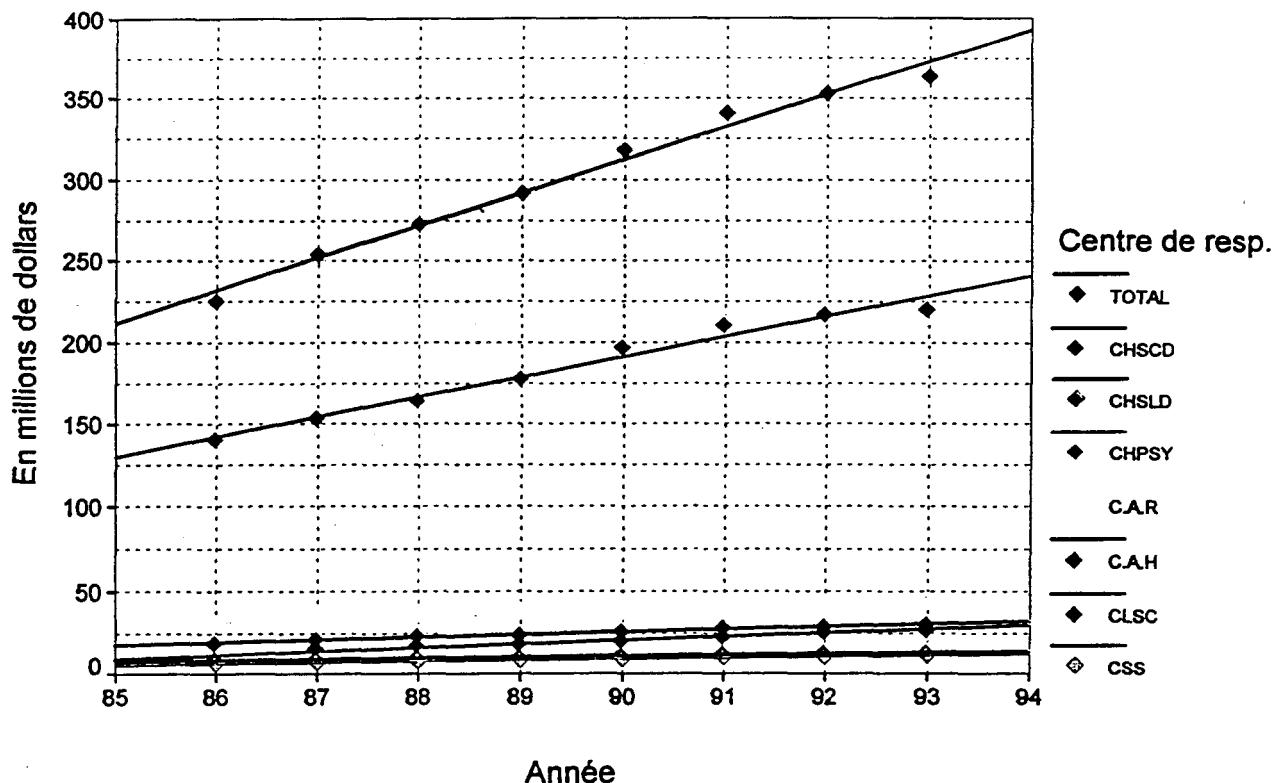


Source: Fichier M-30 du MSSS.

Données compilées par le service des études opérationnelles de la RSSSS-02.

GRAPHIQUE 2

**Évolution des dépenses en santé et services sociaux
par centre de responsabilité dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean,
en dollars courants (excluant la RAMQ)**



Source: Fichier M-30 du MSSS.

Données compilées par le service des études opérationnelles de la RRSSS-02.

en fonction de la production ou de l'output relatif à chacun des établissements du réseau. Dans leur optique, l'établissement qui traitait plus de cas ou des cas plus compliqués devait recevoir un budget en conséquence. On devait ajuster périodiquement la base budgétaire en fonction d'un indice d'output, afin de s'assurer qu'une certaine équité demeure entre les établissements¹⁵⁷. Comme le disait si bien le Ministre de la santé en 1991, les budgets des établissements ont été reconduits, d'année en année, dans le cadre d'un processus de dotation budgétaire globale sur la base d'indexation uniformisées valables pour tous les établissements, sans même que l'on s'interroge sur la validité de leurs bases historiques¹⁵⁸. Certes, la détermination du budget global de chaque établissement par cette méthode présente des propriétés intéressantes pour les fonctionnaires du MSSS et les autres participants au processus budgétaire. Très répandue, cette méthode offrirait certains avantages comme la simplicité des calculs, la continuité dans les budgets et la flexibilité de gestion. Sa popularité proviendrait surtout de l'accent mis sur la récurrence des crédits alloués et sur le peu de données nécessaires pour en déterminer le montant. En effet, cette formule permettrait au MSSS de respecter l'enveloppe des crédits déterminée par le Conseil du Trésor en fixant simplement quelques paramètres de variations, généralement provoquées par les contraintes globales du budget gouvernemental et l'état des finances publiques, par la hausse des coûts de production et par les changements de priorités entre les secteurs. Cependant, cette apparente simplicité des calculs présente également des inconvénients majeurs. Cette récurrence des budgets implique une contre-partie financière importante et, comme nous le verrons plus loin, des coûts sociaux importants dans les territoires où les établissements sont sous-financés. Selon Bélanger, rien ne garantit que cette méthode assure une redistribution appropriée des ressources entre les différents établissements du système. Rien, en effet, ne garantit que l'année de base utilisée depuis le début des années soixante-dix représente une répartition équitable des ressources entre ces derniers. Au contraire, cette méthode aurait pour effet d'accentuer dans le temps toute inéquité résultant de la situation

¹⁵⁷ Bélanger, Gérard. op.cit. pp. 337-338.

¹⁵⁸ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Les services de santé et les services sociaux au Québec: Un financement équitable à la mesure de nos moyens. Québec, MSSS, 1991. p. 27.

initiale, en perpétuant de façon récurrente les inégalités qui en découlent dans la répartition des budgets. Par ailleurs, l'absence de relation directe entre le niveau d'activités pendant une année et le budget alloué cette même année, sur la base du budget de l'année précédente, inciterait les établissements sous-financés à atteindre l'équilibre budgétaire en réduisant la quantité et la qualité des services offerts, comme par exemple les hôpitaux qui annonceraient périodiquement la fermeture temporaire de lits pour boucler leurs budgets¹⁵⁹.

Avant la parution de cet article, il aura fallu attendre jusqu'en 1991, avant que quelqu'un au sein du MSSS, en l'occurrence le Ministre de la santé lui-même, veuille bien admettre l'existence de certaines difficultés soulevées par l'application de cette formule. Dans le cadre des travaux ayant mené à la réforme, ce dernier reconnaissait lui-même, en effet, les lacunes des modes actuels d'allocation des ressources par le Gouvernement. Parmi les problèmes soulevés, il y avait celui des modalités d'allocation qui n'assuraient pas une redistribution des ressources sur le territoire tenant compte de façon adéquate des besoins et des caractéristiques sociosanitaires des populations. La formule présentait, selon lui, des inconvénients importants comme une reconduction mécanique des budgets qui, malgré les méthodes d'ajustement, ne permettait pas de prendre en considération de façon adéquate l'évolution des besoins des populations desservies. Ce qui pouvait accentuer le problème en matière d'équité interrégionale dans l'accès aux soins de santé¹⁶⁰.

2.3.2 - L'approche par « programme-clientèle » et la formule de l'indicateur synthétique global pondéré:

Les problèmes soulevés à propos de cette formule de budgétisation des établissements remettent en question également le travail des fonctionnaires du MSSS qui, après avoir reçu leur part du budget, sont chargés de veiller à la répartition équitable de ces ressources entre

¹⁵⁹ Bélanger, Gérard. op.cit. pp. 330-336.

¹⁶⁰ Ministère de la Santé et des Services Sociaux. op.cit. pp. 26-27.

les régions. Pour ce faire, ces derniers ont développé, au milieu des années quatre-vingt, la méthode du « per capita pondéré ». Ils prétendaient qu'elle allait leur permettre d'atteindre une répartition équilibrée des ressources entre les régions. Cette méthode s'appuyait sur une approche par « programme » et par « clientèle », et sur des indicateurs de besoin pour chacun de ces programmes. La méthode visait essentiellement à mettre en relation, dans une même région, les ressources financières affectées à un programme donné et à sa clientèle, avec la population à desservir estimée par le MSSS, et pondérée par un ou des indicateurs de besoin. Au cours des trois dernières années, les fonctionnaires du MSSS s'en sont également servi pour répartir les compressions budgétaires imposées par le Gouvernement entre les régions. Les RSSS ont fait de même dans leur région respective, au niveau de la répartition de ces compressions entre les établissements, à l'exception de celles de l'Outaouais et du Saguenay-Lac-Saint-Jean, qui ont développé une méthode basée en partie sur un indicateur socio-économique: le taux d'inoccupation.

Depuis février 1995, les fonctionnaires du MSSS utilisent une approche globale basée sur un indicateur global de réponse aux besoins. Ce dernier est égal à la somme pondérée des indicateurs de besoins pour chacun des huit programmes suivants: santé physique, santé mentale, santé publique, personnes âgées en perte d'autonomie, déficience physique, déficience intellectuelle, enfance-jeunesse-famille, alcoolisme et autres toxicomanies. La pondération reflète le poids relatif des dépenses de chaque programme dans une région. Cette formule fait suite aux travaux d'un groupe technique formé par le MSSS pour mettre au point des indicateurs de besoins pour chacun de ses huit « programmes-clientèles ». Mis sur pied en février 1993, par un sous-comité de travail formé de représentants du MSSS et des RSSS, sur la gestion par programme et l'allocation des ressources, le groupe s'est vu confier le mandat d'élaborer une série d'indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources dans chacun des huit « programmes-clientèles » concernés. La première partie du rapport déposé en février 1995, argumente en faveur d'une approche par « programme-clientèle » pour l'élaboration des indicateurs de besoins. La deuxième partie

est consacrée à l'élaboration proprement dite des indicateurs de besoins pour chacun des huit programmes du MSSS. La troisième partie explore les relations existant entre les indicateurs proposés pour chacun des programmes, et montre également la façon dont ces indicateurs sont pris en compte dans la formule d'allocation des ressources utilisée par le MSSS¹⁶¹.

Le rapport prétend mettre en évidence, dans chacun des programmes, les caractéristiques sociales et sanitaires des populations requérant des services, à l'aide d'indicateurs reflétant correctement les problèmes de santé ou les problèmes sociaux affectant les clientèles visées par ces différents programmes. Il prétend également que les indicateurs retenus permettent de mesurer les services requis par ces mêmes clientèles¹⁶². Selon les fonctionnaires du MSSS, il est indispensable, en effet, que les ressources soient réparties entre les régions sur la base d'indicateurs sociosanitaires mesurant, à ce qu'ils prétendent, les besoins des populations. Cette répartition doit aussi respecter le principe d'équité énoncé dans la Loi, objectif qui ne pourra être atteint, selon eux, que lorsque la population de chaque région bénéficiera de ressources en adéquation avec ses caractéristiques sociales et sanitaires, ou ses besoins, à la suite d'une réduction des écarts entre la distribution régionale des besoins et celle des ressources. Or, pour atteindre une meilleure adéquation des ressources aux besoins des populations et une répartition plus équitable de celles-ci entre les régions, le rapport propose un processus de gestion et d'allocation basé sur une approche par clientèle et par programme. La démarche proposée consiste à subdiviser l'univers des services de santé et des services sociaux en fonction d'un certain nombre de clientèles ou de problématiques, et à définir pour chacune d'elles des politiques ou des orientations, permettant de faire le point sur les besoins de ces clientèles, les objectifs à atteindre et les types d'intervention à

¹⁶¹ Pampalon, Robert; Saucier, Alain; Berthiaume, Nicole; Ferland, Pierre; et al. Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources. Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS, Février 1995. p.2.

¹⁶² Ibid. pp. 17 et 315.

privilégier, ainsi que des programmes, transposant en termes opérationnels ces politiques et ces orientations¹⁶³.

Selon les membres du groupe technique, chaque programme devrait préciser clairement les caractéristiques sociales et sanitaires de sa clientèle, le niveau et les types de services à lui offrir, les modalités d'intervention à privilégier, les résultats à atteindre et les ressources à mettre en place, dans chacune des régions. Cette façon de faire devrait normalement conduire à une répartition plus équilibrée des ressources entre les régions, et entre les différentes modalités d'intervention des établissements (prévention, traitement, réhabilitation, etc.). Quant aux indicateurs de besoins élaborés pour chacun de ces programmes, ils devraient permettre d'atteindre ces objectifs¹⁶⁴. Le principal argument invoqué pour justifier cette approche, c'est que le concept de besoin serait une réalité complexe, impalpable et non mesurable en soi. Tout ce que l'on pourrait observer en fait, ce seraient des signes ou des indications, que l'on pourrait mesurer à travers un ou plusieurs paramètres quantifiables et préalablement déterminés. D'où l'importance d'utiliser des indicateurs capables de mesurer à la fois les caractéristiques sociales et sanitaires des clientèles à desservir et les services qu'elles requièrent¹⁶⁵.

Le tableau 1 indique les paramètres qui ont servi à l'élaboration des indicateurs régionaux de besoins dans chacun des programmes. On constate que chaque indicateur fait d'abord appel à un premier paramètre qui correspond à la taille de la population ou de la clientèle spécifique au programme dans chacune des régions, et pas nécessairement à l'ensemble de la population régionale, comme la population régionale de 15 ans ou plus pour le programme de santé physique et celui destiné aux problèmes d'alcoolisme et autres toxicomanies, la population régionale de 65 ans et plus pour le programme des personnes âgées en perte d'autonomie, et la population régionale de moins de 18 ans pour le programme enfance-

¹⁶³ Ibid. pp. 5-6.

¹⁶⁴ Ibid. pp. 6-7.

¹⁶⁵ Ibid. p. 14.

TABLEAU 1

Paramètres utilisés pour la construction des indicateurs de besoins du MSSS

Programme-clientèles	1 er paramètre	2 ième paramètre	3 ième paramètre
Santé physique	Population régionale	Structure d'âge et de sexe de la population régionale, pondérée par le taux québécois d'hospitalisation de courte durée par âge et par sexe	Indice comparatif régional de mortalité chez les 0-74 ans
Santé mentale	Population régionale de 15 ans ou plus	Structure d'âge, de sexe et d'état matrimonial de la population régionale, pondérée par le taux québécois d'hospitalisation de courte durée psychiatrique par âge, par sexe et par état matrimonial	Indice comparatif régional de santé mentale
Santé publique	Population régionale	Taux régional d'années potentielles de vie perdues	
Personnes âgées en perte d'autonomie	Population régionale de 65 ans ou plus	Structure d'âge, de sexe, de milieu de vie et de pauvreté de la population régionale de 65 ans ou plus, pondérée par le taux québécois d'incapacité modérée ou grave par âge, par sexe, par milieu de vie et par pauvreté	
Déficience physique	Population régionale	Structure d'âge, de sexe, de milieu de vie et de pauvreté de la population régionale, pondérée par le taux québécois d'incapacité modérée ou grave par âge, par sexe, par milieu de vie et par pauvreté (un poids plus important est donné à la population de 0-64 ans: 80 %)	
Déficience intellectuelle	Population régionale	Structure d'âge et de sexe de la population régionale, pondérée par des taux internationaux de déficience intellectuelle grave par âge et par sexe	
Alcoolisme et autres toxicomanies	Population régionale de 15 ans ou plus	Indice régional de consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments psychotropes	
Jeunes en difficulté et leur famille	Population régionale de moins de 18 ans	Indice régional de difficultés chez les jeunes (signalements, criminalité, suicide, grossesses, abandon scolaire)	

Source: Pampalon, Robert; Saucier, Alain; Berthiaume, Nicole; Ferland, Pierre; et al. Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources. p. 320.

jeunesse-famille. Dans le cas des programmes de santé physique, de santé mentale, de personnes âgées en perte d'autonomie, de déficience physique et de déficience intellectuelle, un deuxième paramètre correspond à la structure d'âge et de sexe de la population régionale (à laquelle peut s'ajouter d'autres caractéristiques, comme le milieu de vie ou le niveau de pauvreté) que l'on pondère soit par des prévalences ou des incidences nationales ou internationales par âge ou par sexe (et d'autres caractéristiques), soit par la structure nationale d'utilisation des services par âge et par sexe (et d'autres caractéristiques). Les programmes concernant les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes déficientes physiques font appel à des prévalences nationales alors que le programme visant les personnes déficientes intellectuelles utilise des prévalences internationales. Dans le cas des personnes âgées et des personnes déficientes physiques, la structure d'âge, de sexe, de milieu de vie et de pauvreté de la population régionale est pondérée par le taux québécois d'incapacité modérée ou grave, par âge, sexe, milieu de vie et pauvreté. Chez les personnes déficientes intellectuelles, la pondération se fait par des taux internationaux de déficience intellectuelle grave par âge et par sexe. Quant aux programmes de santé physique et de santé mentale, ils sont les seuls à mettre à contribution la structure nationale de l'utilisation des services. En ce qui concerne le programme de santé physique, la structure d'âge et de sexe de la population régionale est pondérée par le taux québécois d'hospitalisation de courte durée par âge et par sexe, alors que dans le cas du programme de santé mentale, la pondération se fait par le taux québécois d'hospitalisation de courte durée psychiatrique par âge, par sexe et par état matrimonial. Ces deux programmes sont également les seuls à compter un troisième paramètre correspondant à une mesure directe de prévalence ou d'incidence régionale. Il s'agit de l'indice comparatif de mortalité (ICM) chez les 0 à 74 ans dans le cas du programme de santé physique, et l'indice comparatif régional de santé mentale dans l'autre cas. Dans le cas des programmes de santé publique, d'alcoolisme et autres toxicomanies et des jeunes en difficulté et leur famille, le second paramètre correspond à une mesure directe de prévalence ou d'incidence régionale. Il s'agit du taux régional d'années potentielles de vie perdues dans le cas du programme de santé publique,

de l'indice régional de consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments psychotropes dans le cas du programme alcoolisme et autres toxicomanies, et de l'indice régional de difficulté chez les jeunes (signalements, criminalité, suicide, grossesses, abandon scolaire, etc.) dans le cas du programme des jeunes et des familles en difficulté ¹⁶⁶.

Les formules servant à calculer l'indicateur, ou si l'on préfère, l'indice régional de besoins pour chacun des huit programmes, sont reproduites en annexe. Le tableau 2 indique, pour sa part, les indices de besoins calculés pour chaque programme dans chacune des régions sociosanitaires de la province. Nous constatons que ces indices varient sensiblement d'une région à l'autre, indiquant ainsi les différents niveaux de besoins régionaux estimés par le MSSS pour chacun des programmes. Les analyses factorielles réalisées par le groupe technique, sur les paramètres et les composantes utilisés dans le calcul de ces indicateurs de besoins, l'amènent à dire que la structure d'âge d'une clientèle est le facteur le plus structurant du type et du niveau de besoins qu'elle requière. Ainsi, les variations observées entre les régions et entre les programmes, au niveau de la structure d'âge des clientèles, constitueraient, selon lui, le facteur explicatif le plus important des variations de besoins observées entre les régions et entre les programmes. D'après le rapport, la structure d'âge des clientèles permettrait, à elle seule, d'expliquer près de 60 % de la variance des indicateurs, et son impact, compte tenu du nombre et de l'importance des programmes où elle sert de paramètre, s'étendrait à près de 90 % des ressources disponibles dans l'ensemble du réseau. En d'autres mots, la structure d'âge des clientèles expliquerait environ 60 % des variations dans les niveaux de besoins et environ 90 % des variations dans les niveaux de ressources répartis entre les régions. Or, il sera établi dans les prochains chapitres, que ce n'est pas seulement la structure d'âge des clientèles qui est déterminant, mais plutôt celle de l'ensemble de la population, ainsi que d'autres facteurs tout aussi déterminants, telle leur situation socio-économique ¹⁶⁷.

¹⁶⁶ Ibid. pp. 319-320.

¹⁶⁷ Ibid. pp. 319-325.

TABLEAU 2

Indices de besoins de chaque programme-clientèle, par région sociosanitaire au Québec

Régions sociosanitaires:	Santé physique	Santé mentale	Santé publique	Personnes âgées	Déficience physique	Déficience intellectuelle	Alcoolisme toxicomanies	Jeunes famille
01-Bas-Saint-Laurent	1,04	0,90	1,14	1,01	1,04	1,00	1,03	0,84
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	0,98	0,87	1,15	0,97	0,97	1,02	0,96	0,99
03-Québec	1,00	0,91	0,94	1,04	1,04	0,99	0,99	0,86
04-Mauricie-Bois-Francs	1,07	0,86	1,14	1,01	1,06	0,99	0,93	0,98
05-Estrie	1,01	0,95	1,06	1,06	1,02	1,00	0,91	0,94
06-Montréal-Centre	1,13	1,31	0,93	1,03	1,10	0,97	1,15	1,00
07-Outaouais	0,99	1,16	0,94	0,95	0,91	1,02	1,23	1,25
08-Abitibi-Témiscamingue	0,96	1,10	1,20	0,91	0,90	1,03	0,93	1,39
09-Côte-Nord	0,87	0,86	1,13	0,94	0,90	1,04	0,95	1,37
10-Nord-du-Québec	0,77	0,71	1,12	0,65	0,69	1,07	0,95	1,75
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1,03	0,86	1,17	0,93	0,99	1,00	1,07	0,81
12-Chaudière-Appalaches	0,93	0,81	1,08	1,00	0,97	1,01	0,96	0,74
13-Laval	0,82	0,92	0,82	0,94	0,95	1,01	0,81	0,83
14-Lanaudière	0,94	0,72	1,06	0,97	0,94	1,02	0,83	1,10
15-Laurentides	0,95	0,84	1,09	0,94	0,96	1,02	0,93	1,15
16-Montérégie	0,90	0,85	0,94	0,95	0,91	1,02	0,89	1,01
17-Kativik	1,89	1,82	3,02	0,69	0,78	1,10	1,63	4,80
18-Terres-cries-de-la-Baie-James	1,01	0,99	1,55	0,69	0,64	1,09	0,77	2,01
Le Québec	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

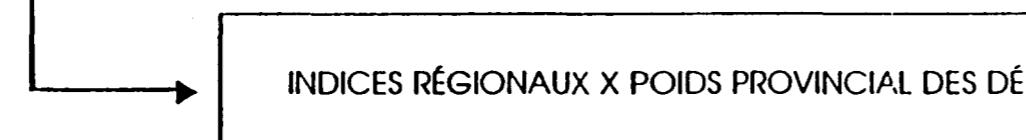
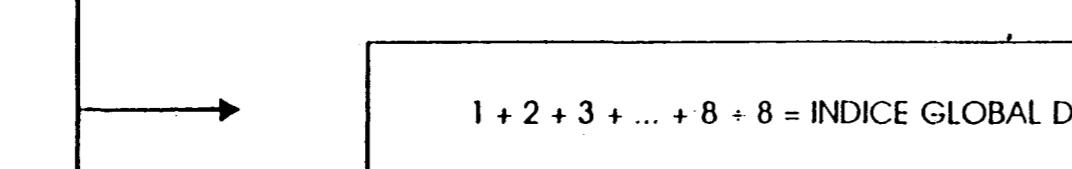
Source: Pampalon, Robert; Saucier, Alain; Berthiaume, Nicole; Ferland, Pierre; et al. Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources. p. 322.

Présentement, les indicateurs de besoins définis pour chacun des huit « programmes-clientèles » du MSSS, dans chacune des régions, servent de paramètres dans le calcul d'un indice global de réponse aux besoins, qui est égal à la somme pondérée de ceux-ci. Le schéma 1 reproduit la formule utilisée par le MSSS pour calculer cet indice. Le plus simple est de le lire de bas en haut, c'est-à-dire de l'indice global pondéré en remontant jusqu'aux indicateurs retenus pour chacun des huit « programmes-clientèles » sensés mesurer les besoins des populations régionales. Dans son application, cette méthode prend en considération, pour chacune des régions, les trois dimensions suivantes: les besoins relatifs des clientèles à desservir, en fonction de leurs caractéristiques sociales et sanitaires, et d'autres paramètres comme les coûts relatifs de production des services et le degré relatif de dépendance de la région par rapport aux services dispensés dans les autres régions (mesuré notamment par les flux de clientèles). Comme point de départ, la formule utilise le rapport entre les dépenses pour un programme dans une région (le numérateur) et la clientèle à desservir dans cette même région (le dénominateur). Le résultat indique les dépenses « per capita simple » dans la région pour ce programme. Selon les fonctionnaires du MSSS, ce « per capita simple » serait une mesure suffisante pour distribuer de nouvelles ressources ou, le cas échéant, répartir une compression, si d'une région à l'autre, les besoins étaient identiques et s'il en coûtait le même prix pour produire le même service. Mais des variations importantes existent entre les régions quant aux caractéristiques des clientèles à desservir et quant à ce qu'il en coûte pour donner des services comparables. D'où la nécessité de recourir à la formule du « per capita pondéré ». Une première pondération est effectuée au niveau des dépenses des régions pour chacun des programmes, afin de prendre en considération les variations interrégionales observées dans les coûts de production des services. Une deuxième pondération est effectuée au niveau de la population ou de la clientèle de référence de chaque programme dans chacune des régions, en introduisant un indicateur de besoins, afin de tenir compte des différences entre les caractéristiques sociales et sanitaires des différentes clientèles régionales pour un même programme. Dans la plupart des programmes, la pondération s'effectue sur la « population résidente » concernée par le

SCHÉMA 1

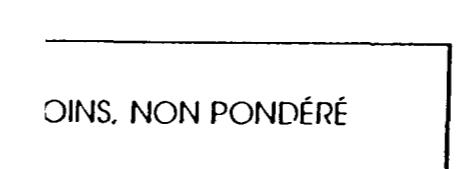
Le calcul de l'indicateur synthétique du MSSS

SANTÉ PHYSIQUE	SANTÉ MENTALE	SANTÉ PUBLIQUE	PERSONNES ÂGÉES EN Perte D'AUTONOMIE	DÉFICIE
$I_p = \left(\left(\frac{\sum \left(\frac{P_{i,p}}{P_{i,p} + P_{i,n}} \right) \cdot P_0}{\sum \left(\frac{P_{i,p}}{P_{i,p} + P_{i,n}} \right) \cdot P_0} \right) \cdot ISC_p \right)$	$I_m = \left(\left(\frac{\sum \left(\frac{P_{i,m}}{P_{i,p} + P_{i,m}} \right) \cdot P_0}{\sum \left(\frac{P_{i,m}}{P_{i,p} + P_{i,m}} \right) \cdot P_0} \right) \cdot ISC_m \right)$	$I_s = \frac{APVP - EV_p}{APVP - EV_q}$	$I_a = \frac{\sum PR_{i,ap} \cdot INC_{i,ap}}{PR_{i,ap} \cdot PQ}$	$I_d = \frac{\sum PR_{i,d} \cdot INC_{i,d}}{PR_{i,d} \cdot PQ}$



RÉSULTAT : INDICE GLOBALE

SANTÉ PHYSIQUE	DÉFICIE INTELLECTUELLE	ENFANCE - JEUNESSE - FAMILLE	ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIES
$I_p = \frac{DEF_p}{DEF_q}$	$I_d = \frac{DEF_d}{DEF_q}$	$I_e = \sum \left(\frac{I_p}{P_p} \cdot \frac{C_p}{C_q} \cdot \frac{S_p}{S_q} \cdot \frac{F_p}{F_q} \cdot \frac{A_p}{A_q} \right)$	$I_t = \frac{ISC_t}{ISC_q}$



RÉSULTAT : INDICE GLOBALE PONDÉRÉ

Source: Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean. Autopsie des arguments d'économistes équitologues contre le taux d'inoccupation comme critère de répartition des fonds publics en santé: Rapport d'analyse du Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean. p. 21.

programme. Toutefois, dans le cas des programmes de santé physique et de santé mentale, on prend également en considération le degré relatif de dépendance d'une région envers une ou plusieurs autres, en modulant sa population en fonction de la mobilité interrégionale des clientèles. La prise en compte de l'indicateur de besoins se fait également de façon différente. Dans le cas du programme en santé physique, la pondération par l'indicateur de besoins se fait sur la « population résidente ». Dans le cas du programme en santé mentale, elle se fait sur la « clientèle desservie » par le programme¹⁶⁸. L'étape suivante consiste à effectuer une transition du « per capita pondéré » vers un « indice régional pondéré » sensé représenter un estimé de la situation régionale par rapport à la moyenne du Québec qui a été établie à 1,00¹⁶⁹. Ainsi, un « per capita régional pondéré » inférieur au « per capita québécois » indiquerait qu'une région se trouve dans une situation relativement désavantageuse par rapport à une ou plusieurs autres régions dont le « per capita régional pondéré » serait supérieur au « per capita québécois ». Cet « indice régional pondéré » permettrait donc de mesurer, par rapport à la moyenne provinciale, les écarts existant dans la répartition interrégionale des ressources. En principe, si une répartition parfaitement équitable des ressources existait entre les régions, le « per capita pondéré » de celles-ci devrait correspondre au « per capita provincial »¹⁷⁰.

Une fois l' « indice régional pondéré » déterminé, les dépenses de chacune des régions dans chacun des programmes sont ensuite modulées en fonction des indicateurs de coûts de production des services. Par exemple, une région dont l'indice traduit des coûts de production de services plus élevés que la moyenne provinciale verra diminuer son « per capita ». Les dépenses seront alors pondérées à la baisse, afin de les ramener à l'indice

¹⁶⁸ *Ibid.* pp. 330-333 et 344.

¹⁶⁹ Il est à noter que le MSSS procède d'une façon différente en ce qui concerne les régions nordiques du Nord-du-Québec, de Kativik et des Terres-cries-de-la-Baie-James en raison de la faible taille de leur population respective, des conditions particulières de distribution des services auxquelles elles font face, des coûts de production particulièrement élevés auxquels font face les établissements et de la difficulté d'en estimer toute la portée réelle. Selon les fonctionnaires du MSSS, les particularités de ces régions donneraient lieu à des indices régionaux extrêmes qui les empêcheraient d'obtenir de nouvelles ressources, en plus d'être défavorisées au plan géographique.

¹⁷⁰ Pampalon, Robert; Saucier, Alain; Berthiaume, Nicole; Ferland, Pierre; et al. op.cit. pp. 334-335.

provincial établi à 1,00. Étant donné que la pondération du numérateur (les dépenses d'une région pour un programme) et du dénominateur (la population ou la clientèle de référence du programme) provoque une correction plus importante du per capita dans une situation de surplus (besoins et coûts de production plus faibles) et une correction moins importante dans une situation déficitaire (besoins et coûts de production plus élevés), les fonctionnaires du MSSS proposent de faire porter la pondération sur le « per capita simple » plutôt que sur le numérateur et le dénominateur, afin de contourner l'effet d'assymétrie causé par cette façon de procéder. À ce propos, la figure 2 illustre la contribution relative des indicateurs de besoins et des indicateurs de coûts de production des services, dans cette nouvelle façon de pondérer le per capita. Celle-ci varie en fonction de l'étendue des écarts régionaux, c'est-à-dire de l'écart-type de chaque indicateur¹⁷¹.

À première vue, le processus d'allocation décrit ci-dessus apparaît comme une suite d'opérations mathématiques intégrant des indicateurs de besoins et des indicateurs de coûts de production, par programme et par région. Une fois les indices régionaux de chaque programme déterminés, une équation sert à calculer un « indice global pondéré », aussi appelé « indicateur synthétique ». Or, compte tenu de l'importance des masses monétaires impliquées dans ce secteur (près de dix milliards de dollars annuellement répartis entre huit programmes, dix-huit régions sociosanitaires et plus de 900 établissements et organismes), nous ne pouvons pas nous contenter d'une description partielle se limitant aux aspects techniques de cette méthode. Cette formule doit être replacée dans le contexte où le législateur exprime clairement sa volonté d'atteindre une répartition équitable des ressources entre les régions. Nous devons être en mesure d'évaluer la contribution de cette méthode dans l'atteinte d'une répartition plus équitable des ressources et d'une réduction des écarts entre les régions. En effet, la mesure des besoins et des coûts de production d'un programme est une chose, l'évaluation d'une méthode d'allocation dans le contexte où est exprimé le voeu d'atteindre l'équité interrégionale dans la répartition des ressources en est

¹⁷¹ Ibid. pp. 335-336 et 344-346.

FIGURE 2**Contribution des indicateurs de besoins et de coûts de production
dans la pondération du per capita**

$$Pc(p) = Pc(s) + (Pc(s) \times [(1 - a) + (1 - b)])$$

$Pc(p)$ = per capita pondéré

$Pc(s)$ = per capita simple

a = indice de coûts de production des services

b = indice de besoins

une autre. Tous les facteurs permettant de passer de la formule du « per capita pondéré » à la répartition effective des ressources ou des compressions entre les régions entrent alors en ligne de compte. Il s'agit de choix administratifs et budgétaires qui ont un impact déterminant sur la répartition des ressources entre les régions. Ces choix incluent la norme de référence déterminée pour chacun des programmes (c'est-à-dire la région la plus ou la moins en besoins selon les calculs du MSSS), l'introduction d'un plafond ou d'un plancher d'allocation ou de compression des dépenses, le montant total des masses monétaires soumises à la règle du « per capita pondéré » (c'est-à-dire le volume des dépenses ou, si l'on préfère, la somme des crédits à être répartis sur la base des indices régionaux retenus par le MSSS), etc.

Au plan méthodologique, cette méthode présente d'importantes lacunes. La première est cette apparente exclusivité des indicateurs servant au calcul de l'« indicateur synthétique ». On pourrait croire, en effet, qu'il y a autant de clientèles différentes que de programmes différents. Or, certains individus font partie de plusieurs clientèles à la fois, alors que d'autres n'appartiennent à aucune de ces clientèles. La deuxième lacune est cette confusion entretenue par le MSSS entre les concepts de « clientèle » et de « population ». En effet, les bénéficiaires des programmes mis sur pied par le MSSS ne doivent pas être confondus avec les populations auxquelles ils appartiennent. Les individus qui font partie d'une ou de plusieurs clientèles ne représentent qu'une partie variable de la population ou des populations auxquelles ils appartiennent. C'est pour ces raisons, qu'en avril 1996, les membres du « Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean » ont signé un document dans lequel ils dénoncent l'utilisation de l' « indicateur synthétique » comme base d'allocation et de répartition des ressources entre les régions et entre les établissements ¹⁷². Pour faire une histoire courte, ce document vient en réponse aux arguments invoqués par un groupe

¹⁷² **Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean.** Autopsie des arguments d'économistes-équitologues contre le taux d'inoccupation comme critère de répartition des fonds publics en santé: Rapport d'analyse du Mouvement ICI Saguenay-Lac-Saint-Jean. Chicoutimi, Groupe de travail chargé des questions scientifiques, Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 1996. 57 pages.

d'économistes et de soi-disant experts en équité, qui ont produit un rapport dans lequel ils réfutent les arguments de ceux qui s'opposent à l'utilisation de l'indicateur du MSSS¹⁷³. Suite à une demande qui leur a été faite en ce sens par un regroupement d'établissements de Hull et de ses environs, ces derniers tentent de valider l'utilisation de l'« indicateur synthétique ». Ils s'inscrivent en fait dans une démarche qui vise à contrer les efforts de la RSSSS de l'Outaouais qui, en 1996, entendait utiliser le taux d'inoccupation comme facteur de répartition des compressions entre les établissements de son territoire.

En ce qui concerne les membres du « Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean », ceux-ci partagent le point de vue défendu par la RSSSS de l'Outaouais et proposent de remplacer l'« indicateur synthétique » par une autre formule, basée sur le taux d'inoccupation. Ils rejettent d'emblée les indicateurs de besoins élaborés par le groupe de travail mis sur pied par le MSSS. Par le fait même, ils remettent en question l'utilité et la validité d'une méthode d'allocation basée sur une approche par « programmes-clientèles ». Ils font référence notamment aux analyses du service des études opérationnelles de la RSSSS-02 indiquant qu'il n'y a absolument aucune équivalence entre les besoins des clientèles et les besoins des populations¹⁷⁴. Nous allons voir, un peu plus loin, la différence de nature que cela implique entre ce que devrait être un véritable système de santé et ce que l'on peut actuellement qualifier de système de soins au Québec. Les critiques formulées par les membres du « Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean » portent principalement sur le programme de santé physique et ce, pour deux bonnes raisons. Premièrement, celui-ci commande à lui seul presque la moitié des dépenses de tous les postes budgétaires réunis¹⁷⁵. Deuxièmement, il est évident que les retombées financières globales dans les régions sont nécessairement

¹⁷³ Groupe de travail de l'instance territoriale Grande-Rivière/Hull. Rapport du groupe de travail sur l'utilisation d'un indice d'équité pour la réallocation de fonds par la RSSSO: Proposition d'un indice basé sur les programmes. Hull, Instance territoriale Grande-Rivière/Hull des établissements et des organismes pour la coordination des services sociaux et de la santé, 1996. 62 pages.

¹⁷⁴ Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean. op.cit. p. 22.

¹⁷⁵ Les ressources financières se répartissent comme suit entre les programmes: santé physique (48,0 %), santé mentale (8,7 %), santé publique (1,5 %), personnes âgées en perte d'autonomie (21,6 %), déficience physique (2,3 %), déficience intellectuelle (8,6 %), alcoolisme et autres toxicomanies (1,5 %) et enfance-jeunesse-famille (7,0 %). Voir Pampalon, Robert; Saucier, Alain; Berthiaume, Nicole; Ferland, Pierre; et al. op.cit. p. 325.

déterminées par le programme qui commande la plus grande part du budget total, en l'occurrence le programme de santé physique. Ainsi, en sachant quelles sont les régions qui bénéficient le plus des retombées de ce programme, on a une bonne idée des régions qui bénéficient le plus de l'« indicateur global » élaboré par le MSSS. Comme le montre le graphique 3, les analyses effectuées par la RSSS-02 indiquent, en effet, une corrélation de 91 % entre l'« indicateur global » et l'indicateur de besoins en santé physique. Par voie de conséquence, les orientations privilégiées par le MSSS au niveau de l'allocation des ressources aux régions correspondraient aux orientations déterminées par l'indicateur de besoins de ce seul programme¹⁷⁶.

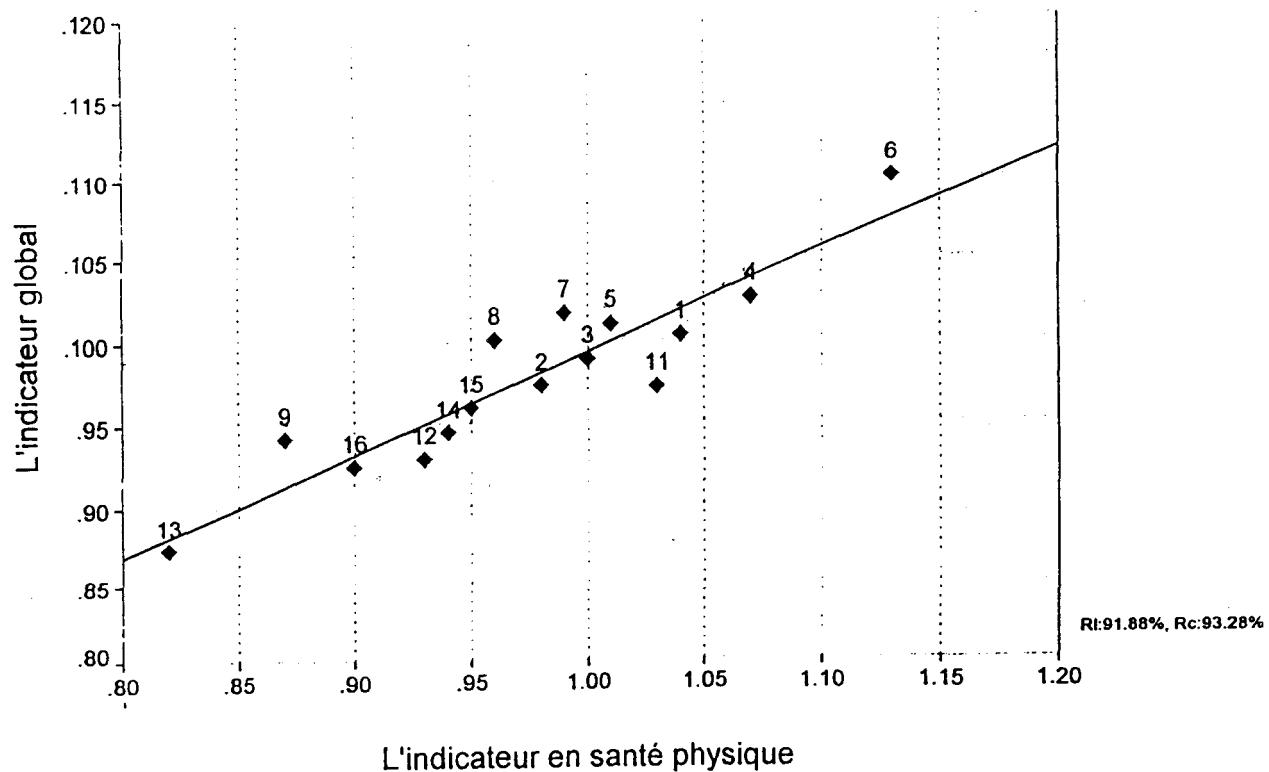
Précisons que la conception et la mise en oeuvre de cet indicateur s'inspirent en grande partie des recommandations formulées dans le rapport du comité tripartite MSSS-RSSS-AHQ sur l'allocation des ressources dans le champ de la santé physique. Publié en octobre 1994, ce rapport est l'aboutissement de trois années de travail, durant lesquelles la problématique de l'équité interrégionale dans l'allocation des ressources en santé physique a été abordée non seulement sous l'angle de l'équité interrégionale dans l'accès aux services mais également en fonction de la performance économique des centres hospitaliers de courte durée. Le mandat du comité était d'étudier les problématiques financières propres aux établissements de courte durée en santé physique et de formuler des recommandations visant à assurer progressivement l'équité des bases budgétaires de ces centres hospitaliers, en tenant compte de leur performance économique et de leur mode de financement qui, depuis le début des années soixante-dix, consistait essentiellement à reconduire d'année en année, en l'indexant, le budget global de chaque établissement. Ce faisant, ils proposèrent une série de critères et de paramètres d'allocation qui, au fil des ans, devaient contribuer, selon eux, à réduire graduellement les disparités existantes¹⁷⁷.

¹⁷⁶ Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean, op.cit. pp. 22-24.

¹⁷⁷ Comité tripartite MSSS-RSSS-AHQ. L'équité dans l'allocation interrégionale des ressources du champ de la santé physique: rapport final du comité tripartite. Québec, MSSS, CRRSSS, AHQ, 1994. pp. 3-4.

GRAPHIQUE 3

**Relation entre l'indicateur de besoin en santé physique
et l'indicateur synthétique (ou global) pondéré du MSSS
(excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)**



Source: Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean. Autopsie des arguments d'économistes équitologues contre le taux d'inoccupation comme critère de répartition des fonds publics en santé: Rapport d'analyse du Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean. p. 36.

Données compilées par le service des études opérationnelles de la RRSSS-02.

Ce qu'il importe de retenir, des travaux de ce comité, c'est que la recherche d'une plus grande équité dans l'accès aux services ne devrait pas se faire, selon eux, au détriment de l'efficience économique des établissements à produire un meilleur service à moindre coût. En d'autres mots, si l'équité entre les régions concerne au départ la part des services que reçoit une population et l'endroit où elle les reçoit en regard de son lieu de résidence, il importe par-dessus tout de savoir si ces services sont produits au meilleur coût possible. Il y aurait même un risque au niveau de la rentabilité des établissements, selon eux, à allouer les budgets sur la seule base de l'équité d'accès aux services, sans tenir compte de ce qu'il en coûte pour produire ces services à tel endroit plutôt qu'à tel autre. Ainsi, avant de penser à résorber les iniquités dans la distribution des services, il faudrait d'abord savoir, selon eux, si ces disparités dépendent d'écart par rapport au degré d'efficience des établissements qui produisent les services, ou de disparités dans le financement qui leur est alloué. Afin d'assurer une gestion « saine » et « efficace » du réseau, tout objectif visant à atteindre une plus grande équité dans la répartition interrégionale des ressources devrait être subordonné à des considérations d'efficience et de rentabilité économique, comme le niveau de performance économique des établissements et les économies d'échelles qui exigent que certaines pratiques spécialisées soient concentrées dans les centres de haute technologie situés dans les grandes métropoles¹⁷⁸.

La figure 3 illustre la formule mathématique ou, si l'on préfère, la forme algébrique de la mesure de l'indice régional de besoins en santé physique. Par cette formule, le MSSS calcule l'indice régional de besoins en santé physique en établissant un rapport entre la proportion régionale attendue de journées d'hospitalisation au Québec (le numérateur) et la proportion régionale de la population du Québec (le dénominateur), puis pondère le résultat obtenu par l'indicateur de besoins retenu, soit l'indice comparatif de mortalité (ICM). En ce qui a trait à la formule proprement dite, les membres du « Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean » émettent de sérieuses réserves sur l'utilisation qui est faite du terme population et

¹⁷⁸ *Ibid.* pp. 4-6.

FIGURE 3

Mesure de l'indice régional de besoins en santé physique

$$I_R = \left(\frac{\left(\sum \left[\frac{HQ_{ij} \cdot PR_{ij}}{PQ_{ij}} \right] \right) \cdot PQ}{\sum HQ_{ij} / PR} \right) \cdot ICM_R$$

où:

I_R = Indice régional de besoins

HQ = Journées d'hospitalisation au Québec

PQ = Population du Québec

PR = Population régionale

ICM_R = Indice Comparatif de Mortalité régional

i = Groupe d'âge

j = Sexe

Par transformation, on obtient:

$$I_R = \left(\frac{\left(\sum \left[\frac{HQ_{ij} \cdot PR_{ij}}{PQ_{ij}} \right] \right)}{\sum HQ_{ij} / PR / PQ} \right) \cdot ICM_R$$

ou, en termes simples

$$I_R = \frac{\text{Proportion régionale attendue des journées d'hospitalisation au Québec} \cdot ICM}{\text{Proportion régionale de la population du Québec}}$$

d'un indicateur comme l'ICM. En ce qui a trait aux difficultés soulevées par l'utilisation inappropriée du concept de population, ils soutiennent que la population d'une région retenue par le MSSS, en fonction d'un programme, peut être différente d'un programme à l'autre, comme si chaque clientèle propre à un programme était distincte l'une de l'autre. On se retrouve donc dans une situation où il y a autant de populations régionales que de programmes et, dans chaque programme, autant de populations que de régions différentes. Par ailleurs, par le jeu de la pondération, chaque population régionale retenue pour le programme en santé physique est gonflée ou dégonflée, selon son score par rapport à l'ICM. Par exemple, une population de 100 habitants pourrait être considérée comme si ses effectifs étaient de 110 ou de 90 si son score par rapport à son ICM était moins bon. Puis on calcule, pour chaque région, le % que ces nouvelles données représentent par rapport aux résultats obtenus pour l'ensemble des régions du Québec. Les ressources disponibles pour ce programme sont ensuite réparties au prorata de ces nouvelles populations régionales ainsi obtenues. Le MSSS prétend alors que les ressources sont réparties au prorata des populations régionales pondérées par des indicateurs de besoin. Or, cette méthode ne change rien au fait qu'il s'agit non pas de besoins de population mais de besoins de clientèle, et que la population de chaque région est mesurée comme si elle était constituée uniquement de bénéficiaires ou d'utilisateurs, c'est-à-dire de personnes « malades », ou tout bien portant est « un malade qui s'ignore ». Les membres du « Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean » rappellent également que les clientèles des différents programmes ne sont pas mutuellement exclusives. Les mêmes individus peuvent, en effet, faire partie de plusieurs clientèles et de plusieurs programmes à la fois. De même, les individus qui ne font pas partie de ces clientèles et qui ne réclament aucun soin ni aucun service, appartiennent quand même à des populations¹⁷⁹. Par ailleurs, les populations régionales de base retenues par le MSSS aux fins de l'application de ses indicateurs de programme ne sont pas les mêmes que les populations régionales enregistrées à tous les cinq ans à partir des recensements canadiens. Au chapitre 3, nous verrons que les populations régionales estimées ou prévues par le

¹⁷⁹ Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean. op.cit. pp. 22-24.

MSSS, et utilisées dans ses instruments de gestion des ressources et de planification des services, sont erronées, et que cette situation s'explique en grande partie par les faits de population - surtout les migrations - causés par les inégalités dans la répartition des ressources entre les régions.

Quant à l'ICM, les membres du « Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean » remettent en question sa validité comme indicateur de besoins en santé physique, tout en soulignant son apport négligeable dans le calcul de l'indicateur servant à l'allocation interrégionale des ressources en santé physique¹⁸⁰. Très reconnu dans le domaine des indicateurs, certains aimeraient croire qu'il mesure l'état de santé des populations¹⁸¹. Or, à l'évidence, il s'intéresse plus aux morts qu'aux vivants. Les membres du mouvement s'étonnent d'ailleurs de voir un indicateur devant servir à répartir des ressources pour dispenser des services à des personnes vivantes, mesurer l'importance relative de la mortalité dans les populations. Selon eux, les seuls genres de services dont ont besoin les morts sont d'ordre funéraire et religieux. Bien qu'ils aient probablement consommé beaucoup de soins de santé avant de mourir, ils n'ont absolument rien à voir avec le secteur de la santé, qui lui concerne les vivants. Ainsi, il aurait été préférable de soustraire l'ICM de l'incidence de la consommation pour confectionner l'indicateur de besoins en santé physique. D'autre part, même si le MSSS prétend que cet indicateur est utilisé dans une formule mathématique devant mesurer l'incidence de la consommation régionale attendue des journées d'hospitalisation en santé physique, la figure 4 tend plutôt à démontrer que cette formule correspond davantage à la promotion de personnes âgées de 65 ans et plus qu'on retrouve dans une région. À la limite, l'utilisation de cette formule pourrait avoir comme résultat que plus la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus serait élevée dans une région, plus elle se qualifierait à l'argent public, et plus elle recevrait, comparativement aux régions où la population est plus jeune, une forte proportion des dépenses globales. Or, selon les statistiques MED-ECHO sur

¹⁸⁰ Ibid. pp. 25-27.

¹⁸¹ Voir Piché, Jacques. Indicateurs de besoins de services en santé physique: Morbidité, mortalité et conditions socio-économiques: revue de la littérature et analyse empirique. (document d'appui au rapport du comité tripartite MSSS-RRSSS-AHQ). Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS, 1995. 80 pages.

FIGURE 4

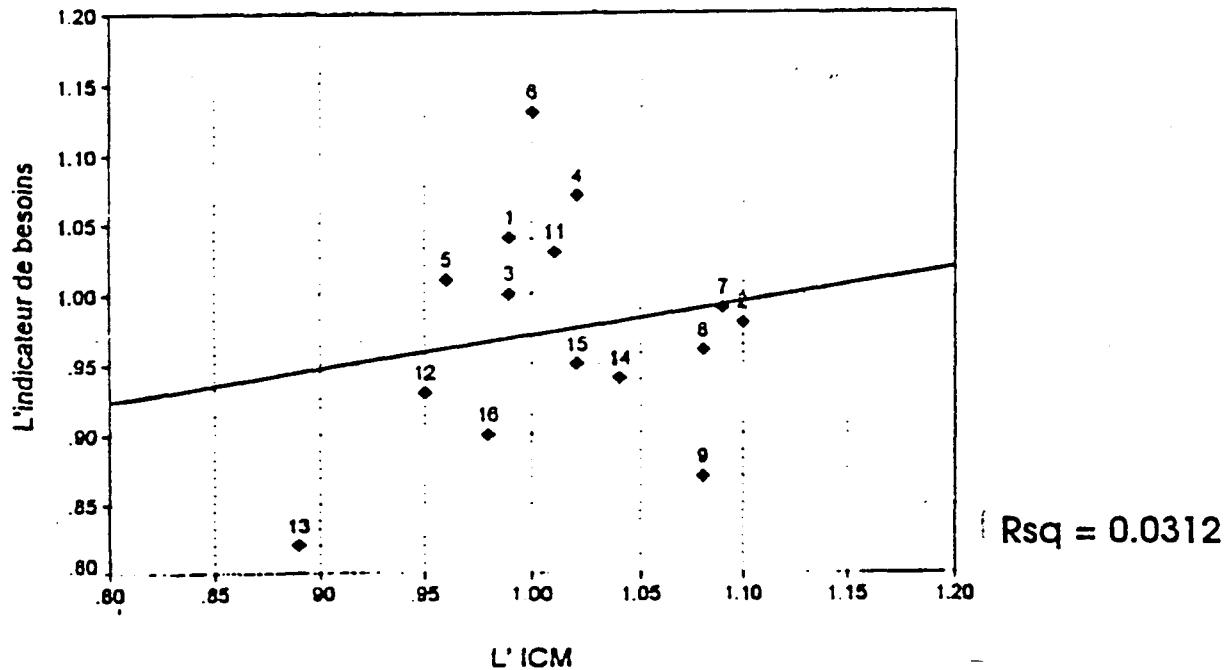
Signification de l'indice de besoins en santé physique

$$\begin{aligned}
 I_R &= \boxed{I_R = \left(\frac{\left(\sum \left[\frac{HQ_{ij} \cdot PR_{ij}}{PQ_{ij}} \right] \right) \cdot PQ}{PR} \right) \cdot ICM_R} \\
 &= \boxed{0.5619 + 0.0397 \times \left(\frac{65 ET_R}{Pop. totale_R} \right) \cdot ICM_R}
 \end{aligned}$$

les hospitalisations par groupe d'âge, les personnes âgées de 65 ans et plus seraient responsables de moins de 50 % des services d'hospitalisation consommés par les clientèles et ce, dans toutes les régions du Québec. Ainsi, la part la plus importante des services consommés par les populations régionales serait attribuable davantage aux personnes qui ont moins de 65 ans qu'à celles qui ont 65 ans et plus. Pour mesurer l'ICM dans chacune des régions, afin de les comparer les unes aux autres, le MSSS applique les taux de mortalité ventilés par groupe d'âge de chaque région, à une population standard, comme par exemple la population du Québec. Celle-ci sert alors de population de référence. Mais il n'en demeure pas moins qu'elle n'a rien à voir avec les populations régionales. De plus, toutes les régions diffèrent les unes des autres, d'après la structure d'âge de leur population respective. Ainsi, en utilisant comme population de référence, non pas les vraies populations régionales mais plutôt une population théorique, on fausserait de la mesure de l'ICM la part occupée par les personnes âgées parmi l'ensemble de la population. En fait, cette mesure n'a aucun rapport avec l'incidence de la consommation des services. Les analyses réalisées par la RSSS-02 indiquent, en effet, que l'ICM contribue très peu à l'indicateur de santé physique. Comme le montre le graphique 4, il compte pour peu de choses dans la répartition interrégionale des ressources en santé physique. Alors que les fonctionnaires du MSSS prétendent qu'il mesure la consommation des services, les membres du « Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean » soutiennent tout à fait l'inverse. Selon eux, cet indicateur ne fait pas du tout ce que ses concepteurs prétendent qu'il fait. Ce qui est d'autant plus grave, puisqu'il est utilisé dans le calcul de l'indicateur du programme dont l'importance est déterminante sur la répartition de l'ensemble du budget de la santé. Les membres du mouvement critiquent enfin l'utilisation de l'ICM parce qu'il ne mesure que la mortalité, et néglige trois autres facteurs qui ont également un impact déterminant sur l'évolution des populations et, par le fait même, sur la consommation des services. Ces trois autres facteurs sont la natalité, l'immigration et l'émigration. Ils ne font pas partie des dimensions mesurées par l'ICM. Selon eux, tout ce que cet indice est capable de mesurer, c'est le temps qu'il faut pour que tous les individus de la population standard ou théorique retenue par le MSSS

GRAPHIQUE 4

**Relation entre l'indicateur de besoin en santé physique
et l'indice comparatif de mortalité (ICM) des régions
(excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)**



Source: Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean. Autopsie des arguments d'économistes équitologues contre le taux d'inoccupation comme critère de répartition des fonds publics en santé: Rapport d'analyse du Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean, p. 30.

Données compilées par le service des études opérationnelles de la RSSSS-02.

disparaissent, compte tenu du taux de mortalité qui sévit à un moment donné dans chacun des groupes d'âge de la population réelle. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, selon ce raisonnement, une population qui aurait totalement perdu sa capacité de se régénérer, par suite d'une émigration massive et d'une importante diminution de sa natalité, pourrait être en voie d'extinction, tout en étant considérée comme en bonne santé, parce que son ICM traduirait un taux de mortalité beaucoup moins élevé qu'ailleurs¹⁸².

Ils en concluent que les indicateurs de programme du MSSS, de même que son indicateur synthétique global pondéré, n'ont rien à voir avec les besoins réels des populations régionales, et que la méthode développée par le MSSS pour répartir les ressources entre les régions, a pour effet d'accroître les disparités au lieu de les atténuer¹⁸³.

2.4 - Évaluation des écarts entre les objectifs du système et les faits observés:

Il est évident que les objectifs fixés par le législateur en matière de développement social et d'équité interrégionale ne peuvent être atteints dans le système actuel, dans la mesure où la distribution des ressources ne correspond pas à celle des besoins des populations. Le caractère fortement centralisé du système, les inconvénients majeurs d'un mode de financement basé sur une approche par « programme-clientèle », l'écart important qui sépare les indicateurs de besoins du MSSS, des besoins réels exprimés par les populations régionales, ainsi que le caractère erroné des critères d'allocation utilisés pour répartir les ressources entre les régions, sont autant d'éléments nous permettant d'évaluer ou de mesurer l'écart considérable qui existe entre les objectifs du système et les résultats obtenus. Par ailleurs, faire la lumière sur ces problèmes nous permet également de mettre en évidence trois niveaux de confusion, qu'il faut dissiper. Le premier niveau de confusion a trait au partage des responsabilités entre les trois paliers d'intervention de l'État, que sont les paliers

¹⁸² Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean. op.cit. pp.20-30.

¹⁸³ Ibid. p. 30.

décisionnel, exécutif et administratif. Le deuxième niveau de confusion concerne la distinction qui s'impose entre la décentralisation actuelle de certaines responsabilités administratives vers le palier régional et ce que devrait être une véritable décentralisation des leviers décisionnels et des ressources. Enfin, le troisième niveau de confusion touche la différence qui existe entre un véritable système de santé et un système de soins individualisés.

2.4.1 - La confusion entre les paliers décisionnel, exécutif et administratif:

Dans les pages précédentes, nous avons évoqué le principe démocratique de l'imputabilité des députés devant leurs électeurs. À cet égard, il importe de noter que nous vivons dans un régime monarchique et parlementaire de type britannique, et non dans une république comme aux États-Unis ou en France. La loyauté du député exigée par la Constitution va à l'ensemble de la population, prise comme un tout, et à la Reine, représentée par le Gouverneur Général au niveau fédéral, et le Lieutenant-Gouverneur au niveau provincial. Il serait bon de lire le serment d'office. C'est lui qui engage le député ou le ministre sur le plan légal-constitutionnel.

Qu'en est-il maintenant de l'imputabilité réelle de l'Exécutif du Gouvernement auprès de l'Assemblée Nationale ? Dans son étude sur la *désintégration des régions*, Charles Côté met en évidence le fossé qui existe entre les prérogatives qui relèvent des différents niveaux d'intervention de l'État. Ainsi, contrairement aux lois voulant que la répartition des enveloppes budgétaires entre les Ministères, ainsi que la redistribution de ces fonds entre les régions, relèvent de l'Assemblée Nationale, le pouvoir de faire des choix budgétaires, et forcément celui de réallouer les ressources, est passé à l'Exécutif. Il en résulte, selon lui, une confusion entre les différents niveaux d'intervention de l'État. La redistribution des sommes destinées au financement des établissements, qui devrait normalement relever de l'Assemblée Nationale, se retrouve ainsi entre les mains du Gouvernement. Il en va de même en ce qui

concerne la partie de ces fonds servant à payer des salaires et des honoraires à ceux qui administrent et dispensent les services offerts dans les établissements relevant du MSSS. Le système consacre la dépendance du niveau décisionnel par rapport au rôle assumé par les paliers exécutif et administratif de l'État, qui dictent aux députés qui siègent à l'Assemblée Nationale la façon dont ils doivent dépenser les fonds publics dont ils disposent¹⁸⁴. Dans leur rapport, les membres du « Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean » abondent dans le même sens. Les députés, à qui les citoyens de chaque comté confèrent la légitimité de décider et de parler en leur nom, en sont réduits, selon eux, à cautionner et à entériner les décisions de tiers fonctionnaires, qui n'ont pas été élus et qui n'ont pas la légitimité d'agir ainsi. Ceux qui devraient être les vrais décideurs, et qui devraient être imputables de leurs actes devant les citoyens qui les ont élus, ont été réduits à de simples exécutants, alors que ceux qui auraient dû être et demeurer de simples exécutants, sont devenus les véritables décideurs. Selon eux, ces décideurs non officiels mais bien réels, font porter aux décideurs officiels, les députés, le rôle d'assumer à leur place la responsabilité d'orientations qu'ils ont prises eux-mêmes, et qui sont contenues de façon implicite dans les critères d'allocation des ressources qu'ils ont décidé de voir appliquer. Ces fonctionnaires réussissent ainsi à déterminer à eux seuls la répartition du tiers des dépenses totales du Gouvernement, sans même prendre le temps d'évaluer correctement l'ensemble des conséquences démographiques, économiques et sociales découlant de l'application de leurs critères d'allocation. Or, selon notre interprétation des responsabilités que devraient assumer un élu vis-à-vis ses électeurs, en régime démocratique, le député devrait être en mesure de savoir si les crédits qu'on lui fait voter, lors du dépôt du budget préparé par le Conseil du Trésor, ont pour effet de nuire à la population du comté qu'il représente au lieu de l'aider à se développer¹⁸⁵.

¹⁸⁴ Côté, Charles. op.cit. pp. 74-75 et 210-216.

¹⁸⁵ Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean. op.cit. pp. 17-20.

D'aucuns seraient tentés de décrire notre régime politique actuel comme étant un régime « technocratique » et « non démocratique ». D'aucuns seraient tentés également de dénoncer le Conseil du Trésor, le Ministère des Finances et le MSSS, qui auraient « usurpé » le pouvoir de décider où, quand et comment vont les ressources. Pour sa part, Charles Côté soutient que les députés sont carrément exclus du processus actuel d'allocation des ressources. Les demandes de crédits que le MSSS présente au Conseil du Trésor réunissent tout simplement celles qu'il reçoit de façon séparée de chaque RSSS, ces dernières ne faisant que transmettre les demandes de crédits provenant des établissements de leur région¹⁸⁶. Quant aux membres du « Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean », ceux-ci insistent sur le fait que la répartition des ressources entre les régions et l'allocation des enveloppes budgétaires aux établissements se font sur la base de critères et d'indicateurs élaborés par les fonctionnaires du MSSS, pour chacun de ses « programmes-clientèles », sans tenir compte de l'assentiment de l'Assemblée Nationale¹⁸⁷. Il convient de noter que récemment, en imposant des paramètres de compression, le MSSS s'est fait l'instrument d'un État désireux de réduire ses dépenses. La réforme du système actuel s'inscrit dans cette volonté d'assainissement des finances publiques. Toutefois, avant la réforme, le Conseil du Trésor se trouvait confiné, selon Charles Côté, à jouer le rôle d'une simple courroie de transmission des demandes de crédits du MSSS vers l'Assemblée Nationale, via le Conseil Exécutif à qui il transmettait le projet de dépenses ainsi que les prévisions budgétaires qu'il avait lui-même préparés à partir des demandes provenant des différents Ministères et ce, indépendamment des pouvoirs de contrainte qu'il exerçait sur eux¹⁸⁸.

2.4.2 - La distinction entre la décentralisation et la déconcentration administrative:

Certes, la transformation des CRSSS en RSSS en 1991, ainsi que les responsabilités administratives supplémentaires qui leur sont confiées, annoncent l'amorce d'une certaine

¹⁸⁶ Côté, Charles. op.cit. p. 210.

¹⁸⁷ Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean. op.cit. pp. 17-18.

¹⁸⁸ Côté, Charles. op.cit. p. 210.

décentralisation au niveau de la gestion¹⁸⁹. Mais rien n'indique, pour le moment, le début d'une décentralisation complète et entière du système, impliquant des niveaux locaux et régionaux de décision, tant au plan des priorités que du financement, ainsi qu'une redistribution équitable des ressources entre les différentes parties du territoire québécois. Dans son article sur le financement des établissements sociosanitaires au Québec, Gérard Bélanger insiste sur la distinction qu'il faut faire entre le discours sur la décentralisation, tel que véhiculé par les politiciens et les technocrates de l'État, et la déconcentration de certaines responsabilités administratives vers le palier régional. Selon l'économiste de l'Université Laval, la décentralisation dont on parle - et non celle qui est actuellement vécue dans le système de santé du Québec - fait d'abord et avant tout référence à un niveau électif et imputable plus près des citoyens. Elle implique le pouvoir d'établir ses propres priorités dans des champs de compétence précis et de prélever des taxes et des impôts en conséquence auprès des contribuables. Elle implique également une plus grande responsabilité et une implication plus importante de la part de chaque citoyen¹⁹⁰. Dans un tel système, le citoyen devrait pouvoir s'exprimer sur la quantité et la qualité des services locaux qu'il désire recevoir de l'État. De son côté, l'État devrait en tenir compte dans le financement des établissements qui dispensent ces services.

Or, selon Bélanger, le réseau de la santé et des services sociaux, actuellement en vigueur au Québec, ne correspond pas du tout à ce type de système. Au lieu d'une diffusion du pouvoir d'établir des priorités et de faire des choix budgétaires, le système se caractérise plutôt par une répartition plus diffuse de la gestion, sans financement autonome ni véritable pouvoir décisionnel. Dans pareil cas, on peut dire qu'il s'agit d'une déconcentration administrative, assortie d'une péréquation centralisée, et non d'une décentralisation complète du pouvoir. Nous pouvons même nous demander si la décentralisation de la détermination des priorités régionales est réaliste, dans un système où le financement des RRSSS n'est pas

¹⁸⁹ MSSS. Une réforme axée sur le citoyen. Québec, MSSS, 1990. pp. 47-50, 67-68 et 73; MSSS. Une réforme axée sur le citoyen: Plan d'implantation. Québec, MSSS, 1990. pp. 9-11, 20-27.

¹⁹⁰ Bélanger, Gérard. op.cit. p. 340.

autonome mais provient totalement des deux paliers de Gouvernement. Il ne peut y avoir de pouvoir réel de choix ou de décision sans les responsabilités et les ressources nécessaires en matière de financement. Un mode de financement ou d'allocation des crédits qui demeure centralisé constitue, selon Bélanger, une menace permanente de fermeture du système. Il est un empêchement à l'obtention de tous les effets escomptés en matière de décentralisation et d'équité au niveau de la répartition des ressources entre les régions ¹⁹¹. Ce qui est d'autant plus grave, si nous tenons compte de l'avertissement lancé il y a plus de vingt-cinq ans sur les dangers de la centralisation par la Commission Castonguay-Nepveu ¹⁹². Son rapport publié en 1971 en était arrivé à la conclusion suivante:

« La centralisation nie le développement social, puisqu'il est inséparable d'une conception démocratique de la société et qu'il suppose la participation de la population aux pouvoirs de décision. En effet, la participation implique une puissance étatique déléguée qui libère l'individu et les groupes au lieu de les assujettir. Les citoyens doivent contrôler non seulement la coordination centrale, mais aussi celle des organisations régionales et locales. Ce contrôle ne peut s'effectuer qu'à l'intérieur d'une structure décentralisée qui laisse aux niveaux régional et local la possibilité de définir des priorités et d'établir des modes d'action rapide, adaptés à leurs situations particulières. D'où la suggestion d'une organisation de services fortement décentralisée » ¹⁹³.

D'aucuns se demandent maintenant pourquoi les recommandations de la Commission Castonguay-Nepveu en faveur d'un système fortement décentralisé n'ont jamais donné lieu à une réorganisation en ce sens du système sociosanitaire québécois.

¹⁹¹ *Ibid.* p. 340.

¹⁹² **Nepveu, Gérard; Castonguay, Claude; Bouchard, Louis-Philippe; De la Chevrotière, Jacques; et al.** Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social : Le développement. (Première partie, vol. III, tome II). Québec, Gouvernement du Québec, 1971. 279 pages.

¹⁹³ *Ibid.* p. 167.

2.4.3 - La différence entre un système de santé et un système de soins:

Les politiques et les programmes en vigueur au sein du système ne correspondent pas non plus à ce que l'on entend habituellement par une politique sociale. Dans son étude sur la *désintégration des régions*, Charles Côté définit le réseau actuel comme un système de soins destiné à corriger des dysfonctionnements individuels. Le Petit Robert définit pourtant le mot social comme étant ce qui est « relatif à une société, à un groupe d'individus conçu comme une réalité distincte ... », par opposition à ce qui est considéré comme « individuel, biologique et psychique ». Or, on retrouve ce sens du mot social dans les responsabilités confiées au système en matière de développement social et de bien-être des populations. Il en est de même en ce qui concerne le mot population. L'utilisation de ce terme signifie que le réseau s'adresse à l'ensemble des citoyens et non seulement aux usagers¹⁹⁴. La Loi est formelle là-dessus. Dans leur rapport d'évaluation des méthodes d'allocation utilisées par le MSSS, les membres du « Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean » rappellent que la répartition des ressources entre les régions ne doit pas se faire en fonction de critères basés sur les clientèles, comme le fait actuellement le MSSS en utilisant un indice global pondéré à partir des indicateurs calculés pour chacun de ses programmes. Elle ne doit pas se faire non plus en fonction des intérêts ou des recommandations des producteurs de services ou des corporations professionnelles. Elle doit se faire en fonction des populations et de leurs caractéristiques sociosanitaires¹⁹⁵. Au contraire, les fonctions et les responsabilités définies par le MSSS, et confiées à ses établissements, répondent davantage, selon Charles Côté, à une politique de type individualiste, axée sur les soins à dispenser aux personnes en besoin. Le personnel se limite alors au soutien des personnes malades ou dans le besoin, et non aux causes ou aux mécanismes structurels qui expliquent ces problèmes. Leur travail se résume ainsi à la gérance des établissements et à la dispensation des services, en fonction des bénéficiaires à qui ils s'adressent. Or, l'état de santé d'une population dans son ensemble, et

¹⁹⁴ Côté, Charles. op.cit. pp. 78-79, 100 et 170-178.

¹⁹⁵ Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean. op.cit. p. 9.

l'état de santé des seuls usagers qui ont recours aux services, ne sont pas du tout la même chose. Un système de soins et un système de santé sont deux réalités fondamentalement différentes à ne pas réunir sous une même rubrique. D'autant plus qu'il y a des carences graves dans l'accessibilité aux services spécialisés dans plusieurs régions de la province¹⁹⁶.

2.5 - Conclusion:

Cette représentation de ce que devrait être et ne pas être un système de santé correspond parfaitement à la représentation générale de ce que devrait être une population en santé, à laquelle ont souscrit, en 1986, plus de 38 pays, dont le Canada, ainsi que l'OMS. Ce qui a donné lieu à la promulgation de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, dont l'extrait qui suit stipule clairement que l'élaboration d'une politique publique saine et la création de milieux favorables sont une condition sine qua non à toute intervention visant à promouvoir la santé de la population prise comme un tout¹⁹⁷.

« La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.

Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment: la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.

La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

¹⁹⁶ Côté, Charles. op.cit. pp. 78-79, 170, 177-178.

¹⁹⁷ Organisation mondiale de la santé et al. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Conférence internationale pour la promotion de la santé. Ottawa, 17-21 novembre 1986.

Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs.

Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale.

L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé, et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement, est indispensable; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé » ¹⁹⁸.

Comme les faits observés au Québec tendent à démontrer que les interventions de l'État en cette matière ont évolué dans un sens diamétralement opposé à ces principes, d'aucuns se demandent s'il y a jamais eu au Québec un Ministère responsable d'une véritable politique sociale de la santé et du bien-être, s'adressant à l'ensemble de la population, et non à des individus. Le corollaire de ce constat serait qu'il n'existe aucun organisme s'occupant spécifiquement d'une redistribution équilibrée des fonds publics ¹⁹⁹.

¹⁹⁸ *Ibid.*

¹⁹⁹ Côté, Charles. op.cit. pp. 84, 177-178.

CHAPITRE TROIS

INVALIDATION DES PRÉVISIONS DÉMOGRAPHIQUES DU MSSS COMME PARAMÈTRES DANS LE CALCUL DES INDICATEURS DE BESOINS SERVANT À LA RÉPARTITION INTERRÉGIONALE DES RESSOURCES SOCIOSANITAIRES

3.1 - Introduction:

Le MSSS, et avant lui le MAS, ont toujours été de grands utilisateurs de statistiques démographiques. L'article 463 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, stipulant que la répartition interrégionale des ressources doit être faite en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires, a amené le MAS, puis le MSSS, à utiliser les prévisions démographiques à des fins d'allocation des ressources, d'élaboration d'indicateurs sur la santé et sur l'utilisation des services, de planification, d'évaluation, de recherche et d'études diverses.

La réforme actuelle du système ne fait qu'accentuer les besoins en matière de prévisions démographiques. D'une part, elle privilégie une approche mettant l'accent sur les clientèles (qui ne représentent qu'une partie variable des populations auxquelles elles appartiennent), plutôt que sur les producteurs de services. D'autre part, elle amène de nouveaux mécanismes de budgétisation (enveloppe fermée de la RAMQ, enveloppes régionales gérées par les RSSS, etc.). D'où la nécessité de connaître le plus exactement possible la population des différents territoires sociosanitaires du Québec et leur évolution dans le temps²⁰⁰.

Dans le tableau 1 du chapitre 2, on peut voir que le volume et la structure par âge et par sexe des populations régionales estimées ou prévues par les démographes du BSQ servent de paramètres dans l'élaboration des indicateurs de besoins pour chacun des huit « programmes-clientèles » du MSSS. L'évaluation des mécanismes d'allocation des fonds publics en santé et services sociaux et des critères utilisés pour répartir ces ressources entre

²⁰⁰ **Pelletier, Gilles; Blondeau, Michel; Mecteau, Marcel; Thibeault, Normand; et al.** La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RSS, pour la période 1981 à 2016. Québec, Service de l'analyse statistique, Service du développement d'indicateurs, Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Février 1996. pp. 11-12; L.R.Q., c. S-4.2, art. 463.

les régions ne saurait donc être complète sans une évaluation des prévisions démographiques retenues par le MSSS dans ses paramètres de base.

3.2 - Invalidation des prévisions démographiques du MAS et du MSSS:

Ces prévisions démographiques devaient, en principe, permettre au MSSS de prévoir, à plus ou moins long terme, l'évolution des divers niveaux et catégories de soins et de services à offrir dans chacune des régions, en fonction de l'évolution anticipée des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires. Cette volonté du législateur, de voir à ce que le MSSS puisse prévoir à l'avance l'évolution de la taille et de la composition des populations, c'est-à-dire l'évolution du marché d'où est issue la demande de services, avait comme objectif de veiller à ce que les dépenses du Gouvernement, dans le champ de la santé et des services sociaux, puissent être planifiées à l'avance et adaptées aux besoins évalués sur la base de ces prévisions.

La redistribution des sommes destinées au financement des établissements sociosanitaires, devait donc assurer, dans chacune des régions, une adéquation entre les ressources allouées à ces établissements et les effectifs démographiques estimés à partir des prévisions démographiques retenues par le MSSS. Rappelons également que, selon les articles 1 et 431 de la Loi, cette répartition des ressources devait également se faire de manière équitable entre les régions, afin de favoriser des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions. La finalité du système était alors de permettre à tous les québécois, d'un bout à l'autre de la province, d'agir dans leur milieu et d'accomplir leurs rôles de manière acceptable, en favorisant l'accessibilité des services à l'ensemble de la population des régions du Québec ²⁰¹.

²⁰¹ L.R.Q., c. S-4.2, art. 1 et 431.

Dans les prochains chapitres, il sera établi que les disparités dans la répartition interrégionale des ressources impliquent une contre-partie économique et sociale importante, mettant en péril l'avenir de plusieurs communautés. Il sera alors démontré comment ces disparités affectent le volume et la structure démographique des populations qui habitent ces territoires, en modifiant leurs effectifs globaux et leur composition. Nous aurons ainsi en main tous les éléments nécessaires pour mettre en évidence la relation qui existe entre le niveau de ressources disponibles dans un territoire et l'évaluation de sa population. Pour le moment, arrêtons-nous aux implications qu'ont de tels changements, dans la structure démographique des populations, sur le niveau de fiabilité des prévisions démographiques calculées sur la base de telles données, de même que sur les conséquences en découlant lorsqu'on s'en sert comme paramètre ou élément de pondération dans l'élaboration et l'utilisation d'indicateurs servant de critères d'allocation. Nous serons ainsi à même de constater que les modifications observées au niveau du volume et de la composition des populations sur lesquelles se basent les prévisions démographiques retenues par le MSSS ont pour effet de rendre caduques ces dernières ²⁰².

À cet égard, deux exemples concrets, le modèle SUPERPOP et le fichier d'inscription des bénéficiaires (FIB) de la Régie de l'Assurance-maladie du Québec (RAMQ), illustrent bien le caractère erroné de ces prévisions. Ils mettent en évidence les faits selon lesquels l'usage qu'en fait le MSSS a pour effet d'amplifier les disparités entre les régions au niveau de l'allocation des ressources et du financement des établissements, contrevenant ainsi directement au principe même d'une répartition équitable des ressources entre les régions. Dans de telles conditions, on peut d'ores et déjà subodorer toute l'importance que revêt la validité ou la non validité de ces prévisions.

²⁰² Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). Rapport d'analyse du « bilan-lits ». (document de travail). Chicoutimi, Direction de la planification, Conseil régional de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Juin 1992.

C'est dans cet esprit d'ailleurs que la direction de la planification du CRSSS-02 a procédé, en 1991, à une évaluation des critères qu'utilise le MSSS pour effectuer ses prévisions démographiques sur une base régionale²⁰³. Les analyses réalisées dans le cadre de cette étude démontrent de façon explicite le caractère erroné de ces prévisions, de même que les erreurs qui peuvent en découler dans la répartition des ressources entre les régions. En plus de recommander une extrême prudence quant à leur utilisation, le rapport remis aux membres du conseil d'administration du CRSSS-02 insiste sur le fait que leur usage, depuis le milieu des années soixante-dix, s'est soldé par des impacts tout à fait contraires aux effets recherchés. Nous avons effectivement en main toutes les données prouvant que l'État a été incapable, jusqu'à présent, d'assurer une répartition équitable des ressources entre les régions. Par le fait même, il n'a pas pu atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions du Québec, comme le stipulait l'article 431 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*²⁰⁴.

Deux raisons sont alors évoquées pour expliquer cette situation. Premièrement, la multiplicité des dénominations, des estimés ou des prévisions disponibles, pour décrire une même population à un même moment, amène deux possibilités: ou bien les populations dénombrées, estimées ou prévues sont toutes fausses, ou bien une est correcte et les autres sont toutes fausses. Deuxièmement, tout indique que les modalités d'application du mode d'allocation des ressources assurent le bon fonctionnement du système de pompage qui siphonne les forces vives de la plus grande partie du territoire québécois au profit de quelques régions privilégiées, entraînant ainsi des mouvements migratoires qui modifient de façon importante l'évolution et la structure démographique de leurs populations. Ces modalités d'application rendent ainsi caduques toutes les prévisions démographiques qui ne

²⁰³ Truchon, Martin (Côté, Charles, sous la supervision de). Évaluation des critères utilisés par le MSSS pour effectuer des prévisions démographiques sur une base régionale et locale: Rapport de stage. (document de travail). Chicoutimi, Direction générale de la planification, Conseil régional de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Octobre 1991. 30 pages.

²⁰⁴ L.R.Q., c. S-4.2, art. 431.

tiennent pas compte du processus en cours. Dès lors, l'exactitude ou, si l'on préfère, l'inexactitude des prévisions démographiques qui apparaissent dans les outils de gestion et les instruments de planification du MSSS détermine donc la validité de ceux-ci et de ce qu'on peut en faire²⁰⁵.

À priori, tout indique que les données compilées par Statistiques Canada à partir des recensements canadiens reflètent l'évolution réelle des populations. Si elles étaient utilisées tel quel, celles-ci devraient permettre au MSSS de prévoir l'évolution réelle de leurs besoins en santé et en services sociaux, selon l'évolution réelle de leurs caractéristiques démographiques et sociosanitaires. Elles devraient donc lui permettre de prévoir une répartition plus équilibrée des ressources entre les régions, ainsi que des montants plus adéquats en ce qui concerne les enveloppes budgétaires destinées au financement des établissements. Toutefois, ce ne sont pas les populations dénombrées à partir des recensements canadiens qui servent de paramètres dans l'élaboration des critères d'allocation du MSSS, mais ses propres prévisions sur l'évolution démographique des populations régionales. Or, dans la mesure où le MSSS répartit ses ressources à partir de ses propres prévisions démographiques, le fait que celles-ci puissent être exactes ou inexactes détermine au départ la validité ou l'invalidité de ses actions et des critères sur lesquels il se base pour répartir ses ressources entre les régions²⁰⁶.

Depuis qu'elles ont fait l'objet d'une évaluation serrée de leur degré de fiabilité, nous sommes à même de constater que celui-ci est à peu près nul. Tout indique qu'elles sont erronées. D'ailleurs, les faits de population observés au cours des vingt-cinq dernières années, à partir des données extraites des recensements canadiens, permettent de mesurer l'écart parfois considérable qui les sépare de ces résultats. Ainsi, en admettant que les faits de population mesurés à tous les cinq ans par les recensements canadiens dans chacune des

²⁰⁵ Truchon, Martin (Côté, Charles, sous la supervision de). op.cit. p. 1.

²⁰⁶ Ibid., p. 1.

régions soient corrects, l'écart qui les sépare de ce qui avait été prévu ou anticipé par les démographes du MSSS et du BSQ, a pour effet d'invalider ces prévisions de même que toute décision ou toute action qui en découle. Au plan administratif, un tel écart entraîne inévitablement des variations importantes dans la répartition des ressources et de véritables incohérences entre les besoins réels des populations et les services qui leur sont offerts. Il en résulte une situation où la surestimation ou la sous-estimation des populations réelles par les prévisions démographiques du MSSS rendent compte des raisons qui expliquent, en grande partie, les disparités interrégionales dans le financement des établissements chargés de produire et de dispenser les services offerts par le Gouvernement du Québec en santé et en services sociaux²⁰⁷. Cette situation sera mise en évidence à l'aide du modèle SUPERPOP et du FIB de la RAMQ.

3.3 - Invalidation du modèle SUPERPOP:

Le premier exemple, le *système universalisé de perspectives d'évolution régionale de la population observée périodiquement*, plus connu sous le vocable SUPERPOP, date déjà d'une vingtaine d'années. La comparaison entre les prévisions démographiques du modèle et les populations dénombrées par Statistiques Canada depuis le début de la période, met en évidence l'écart qui sépare les prévisions démographiques du MSSS des données extraites des recensements canadiens en ce qui concerne l'évolution démographique des régions sociosanitaires québécoises. Publié en 1976, par la direction de la recherche et de la statistique, sous la responsabilité de la direction générale de la planification du MAS, le document présente une série d'hypothèses sur l'évolution des populations du Québec et de ses régions jusqu'en 1991. Il se veut un outil de gestion privilégié pour les fonctionnaires chargés de planifier les services offerts par le MAS et de voir à la répartition des ressources entre les établissements dans les différentes régions de la province. Ses concepteurs estiment qu'il s'avère être un outil indispensable pour tout Ministère désireux de prévoir à long terme

²⁰⁷ *Ibid.*, p. 1.

l'évolution du marché d'où est issue la demande pour les services dont il a la responsabilité, et d'ajuster ses programmes en conséquence²⁰⁸.

« Il faut bien voir, expliquent-ils, qu'une perspective démographique n'a que très peu d'utilité par elle-même. Sa rentabilité devient évidente lorsqu'on l'associe aux domaines de la santé, de l'économie, de la politique et de l'éducation. Le démographe, responsable de la mise sur pied d'un modèle de perspective de population, doit donc tenter, dans la mesure où cela est possible, de répondre aux exigences des planificateurs qui auront à prendre des décisions suite à une analyse mettant en relation différents phénomènes »²⁰⁹.

Le modèle SUPERPOP a donc été créé afin de faciliter les responsabilités du Gouvernement du Québec en matière de planification des programmes, de gestion des ressources et de financement des établissements. Prenons, par exemple, le plan de développement des ressources en santé préparé en 1976 par le service du développement des ressources du MAS, sous la responsabilité de la direction de la planification des services²¹⁰. Les prévisions de SUPERPOP sont alors utilisées comme données démographiques de base. Les estimations de population calculées par le modèle pour chacune des régions, entre 1974 et 1986, servent de cadre de référence pour l'adaptation des ressources aux priorités établies par le MAS pour les dix prochaines années. Le plan qui en résulte entraîne l'adaptation des ressources humaines, matérielles et financières destinées aux établissements, de même que tous les investissements immobiliers en découlant, aux priorités établies sur la base des prévisions démographiques calculées par SUPERPOP. Des critères et des stratégies globales d'allocation des ressources sont ensuite formulés. Le plan est alors divisé en trois sections. La première section énonce les objectifs, les priorités et les contraintes, puis formule des critères d'allocation reflétant ces objectifs et ces contraintes. La deuxième section présente

²⁰⁸ SUPERPOP, pp. 5-6.

²⁰⁹ Ibid., pp. 5-6.

²¹⁰ Martin, Nicole; Boulet, Francine; Dahmen, Georges; Léonard, Julie; Pigeon, Jacques; et al. Cadre de référence pour l'adaptation des ressources aux priorités: Plan de développement des ressources en santé, première partie. Québec, Service du développement des ressources, Direction de la planification des services de santé, Direction de la recherche et statistique, Direction générale de la planification, Ministère des Affaires sociales, 1976. 89 pages.

un bilan ressources-production-utilisation pour l'ensemble du Québec, alors que la troisième formule des stratégies d'action²¹¹.

De toute évidence, la fiabilité ou la non fiabilité des prévisions de SUPERPOP utilisées par le MAS ont des répercussions sur la validité ou la non validité de ses programmes, tant au plan des objectifs et des priorités, qu'au niveau de leur gestion et de leur financement. Or, le comité d'étude et d'analyse du Bilan-Lits²¹², mis sur pied par la direction de la planification du CRSSS-02, a déposé, au mois de juin 1992, un rapport dans lequel les membres du comité démontrent de façon explicite que les prévisions démographiques utilisées à l'époque par le MAS, comme critères de base pour répartir ses ressources entre les régions, étaient erronées. Pour en faire la preuve, il s'agissait tout simplement de comparer les prévisions de SUPERPOP avec les données extraites des recensements canadiens sur l'évolution réelle des populations régionales au Québec entre 1971 et 1986²¹³.

Les graphiques 5 à 11 montrent, en effet, que les prévisions de SUPERPOP ont sous-estimé l'évolution réelle des populations dans plusieurs régions du Québec. C'est le cas notamment des régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Mauricie, de l'Estrie, de Québec et de Laurentides-Lanaudière. Selon les données des recensements canadiens compilées par Statistiques Canada (version 12 régions), la population totale du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie est demeurée relativement stable. Celle du Saguenay-Lac-Saint-Jean s'est accrue, de même que celles des régions de l'Abitibi-

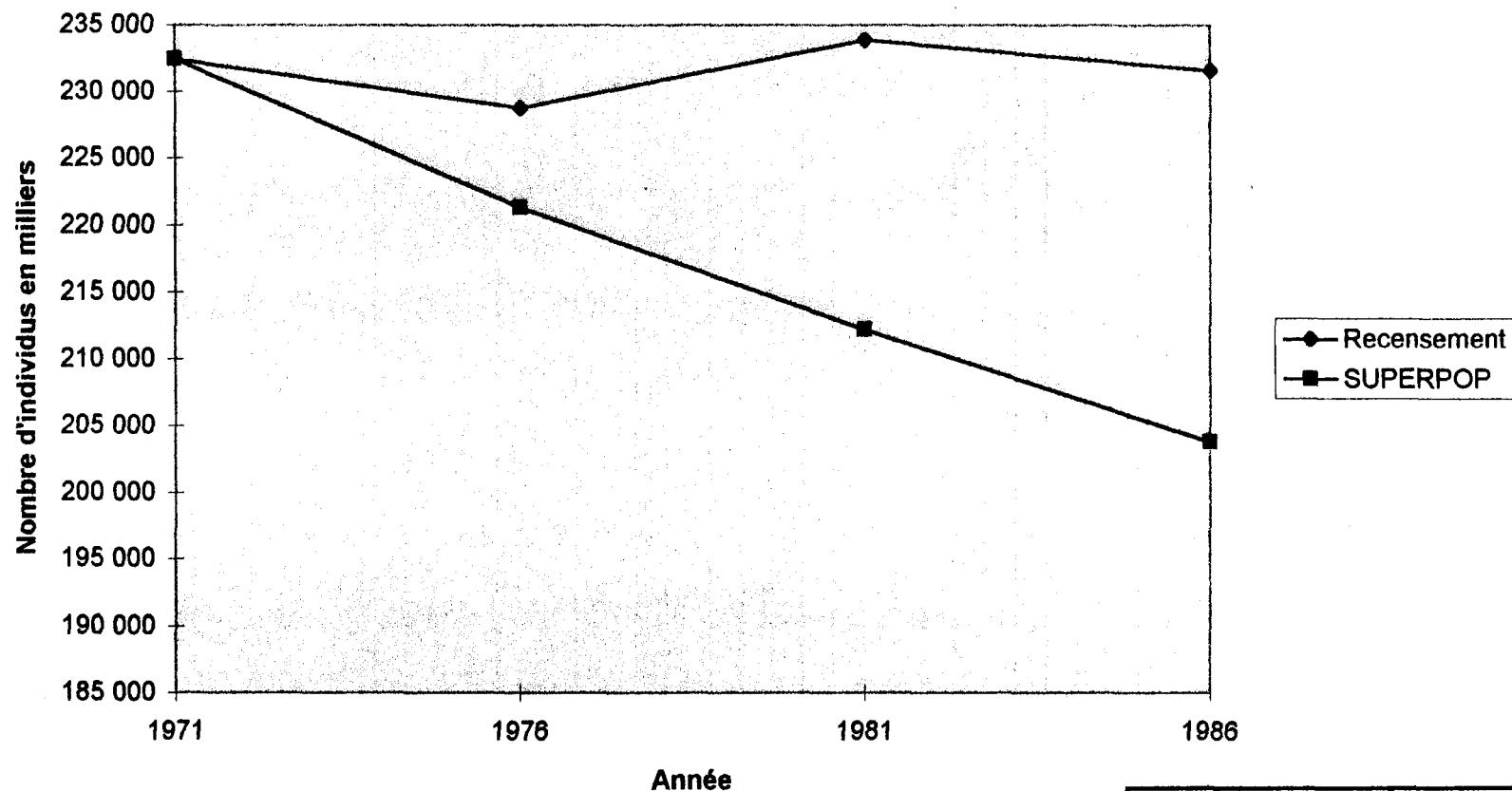
²¹¹ *Ibid.*, pp. 1-2.

²¹² Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). Rapport d'analyse du « bilan-lits ». (document de travail). Chicoutimi, Direction de la planification, Conseil régional de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Juin 1992. 46 pages.

²¹³ Précisons que, pour des raisons méthodologiques, il n'est malheureusement pas possible de comparer les prévisions du modèle pour l'année 1991 avec les données du recensement pour la même année. Alors que SUPERPOP se base sur le découpage du Québec en 12 régions socio-sanitaires, les données que nous avons en main du recensement de 1991 ont été compilées en fonction du nouveau découpage du territoire en 18 régions sociosanitaires. D'aucuns seraient tentés d'y voir une subtilité du ministère pour rendre encore plus difficile toute évaluation sérieuse de son mode d'allocation des ressources. Néanmoins, les données des recensements canadiens de 1971, 1976, 1981 et 1986, disponibles en fonction du découpage du Québec en 12 régions sociosanitaires, permettent quand même, pensons-nous, de procéder à une comparaison assez révélatrice des écarts parfois importants qui séparent, sur une période de quinze ans, l'évolution démographique réelle des régions des prévisions de SUPERPOP.

GRAPHIQUE 5

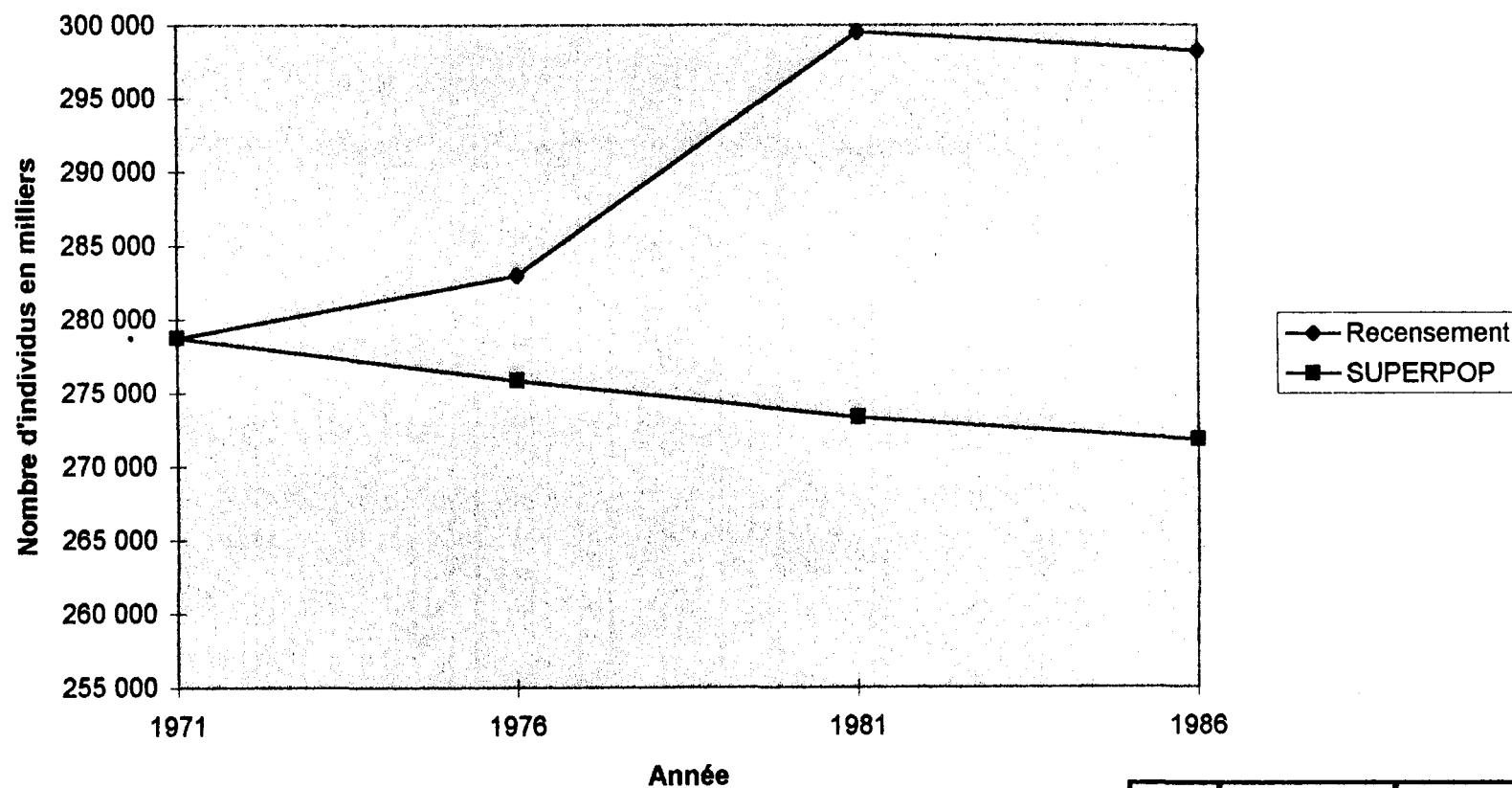
Évolution démographique du Bas-St-Laurent-Gaspésie selon le recensement canadien et le modèle de prévisions démographiques SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986



Source: Recensements canadiens 1971, 1976, 1981 et 1986. SUPERPOP 1976, 1981 et 1986.

GRAPHIQUE 6

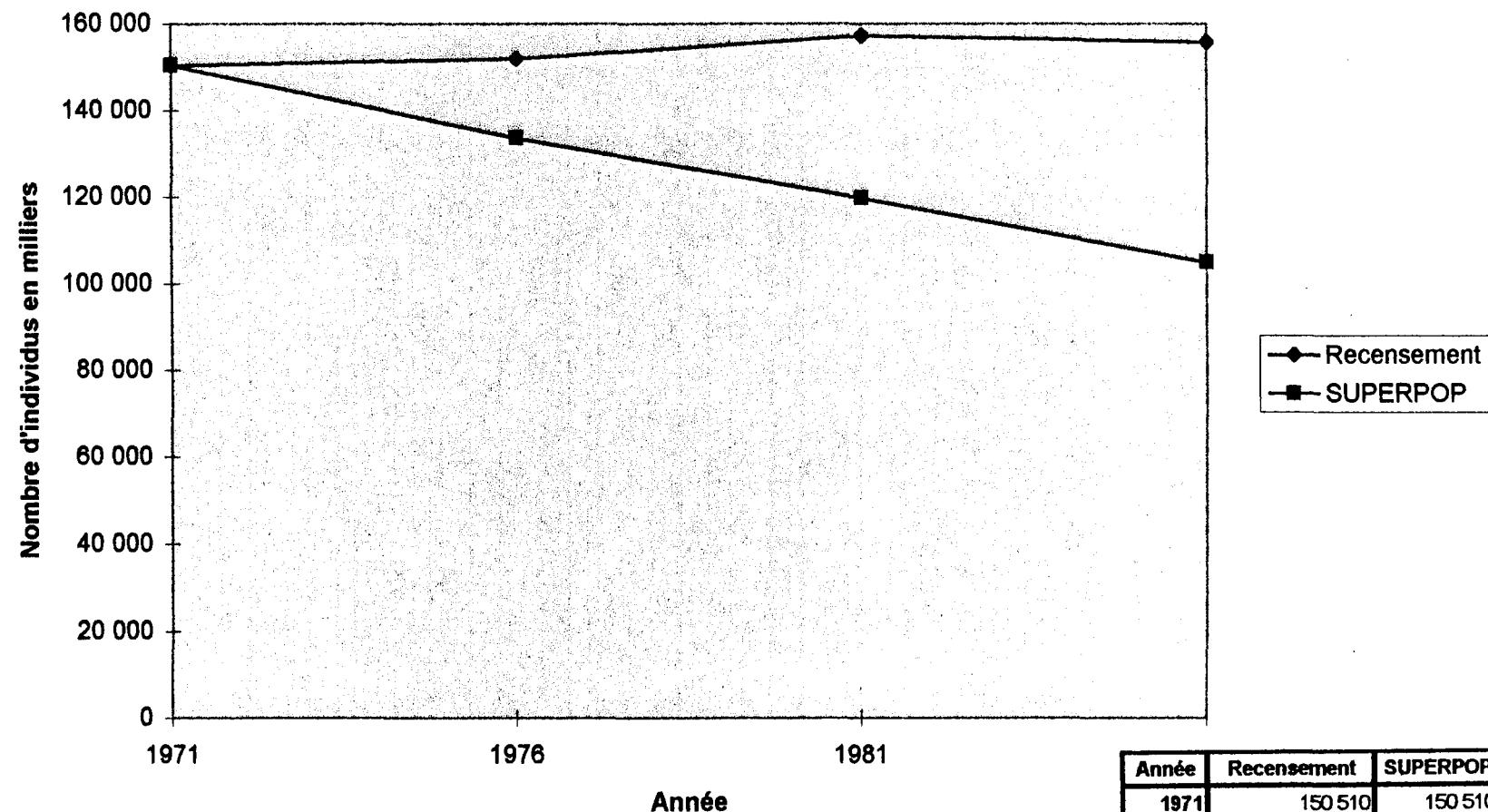
Évolution démographique du Saguenay-Lac-Saint-Jean selon le recensement canadien et le modèle de prévisions démographiques SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986



Source: Recensements canadiens 1971, 1976, 1981 et 1986. SUPERPOP 1976, 1981 et 1986.

GRAPHIQUE 7

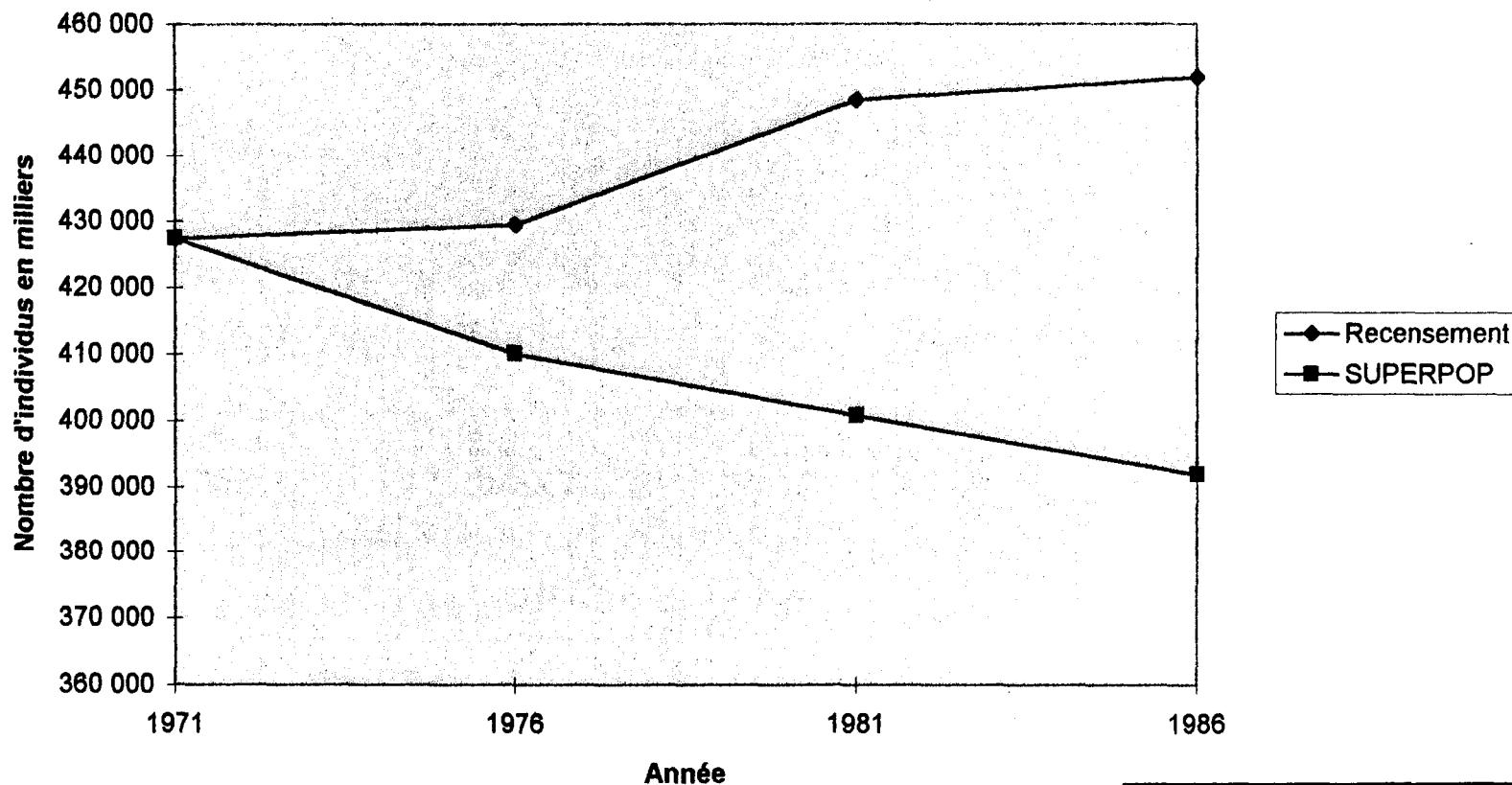
Évolution démographique du Nord-Ouest (Abitibi-Témiscamingue) selon le recensement canadien et le modèle de prévisions démographiques SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986



Source: Recensements canadiens 1971, 1976, 1981 et 1986. SUPERPOP 1976, 1981 et 1986.

GRAPHIQUE 8

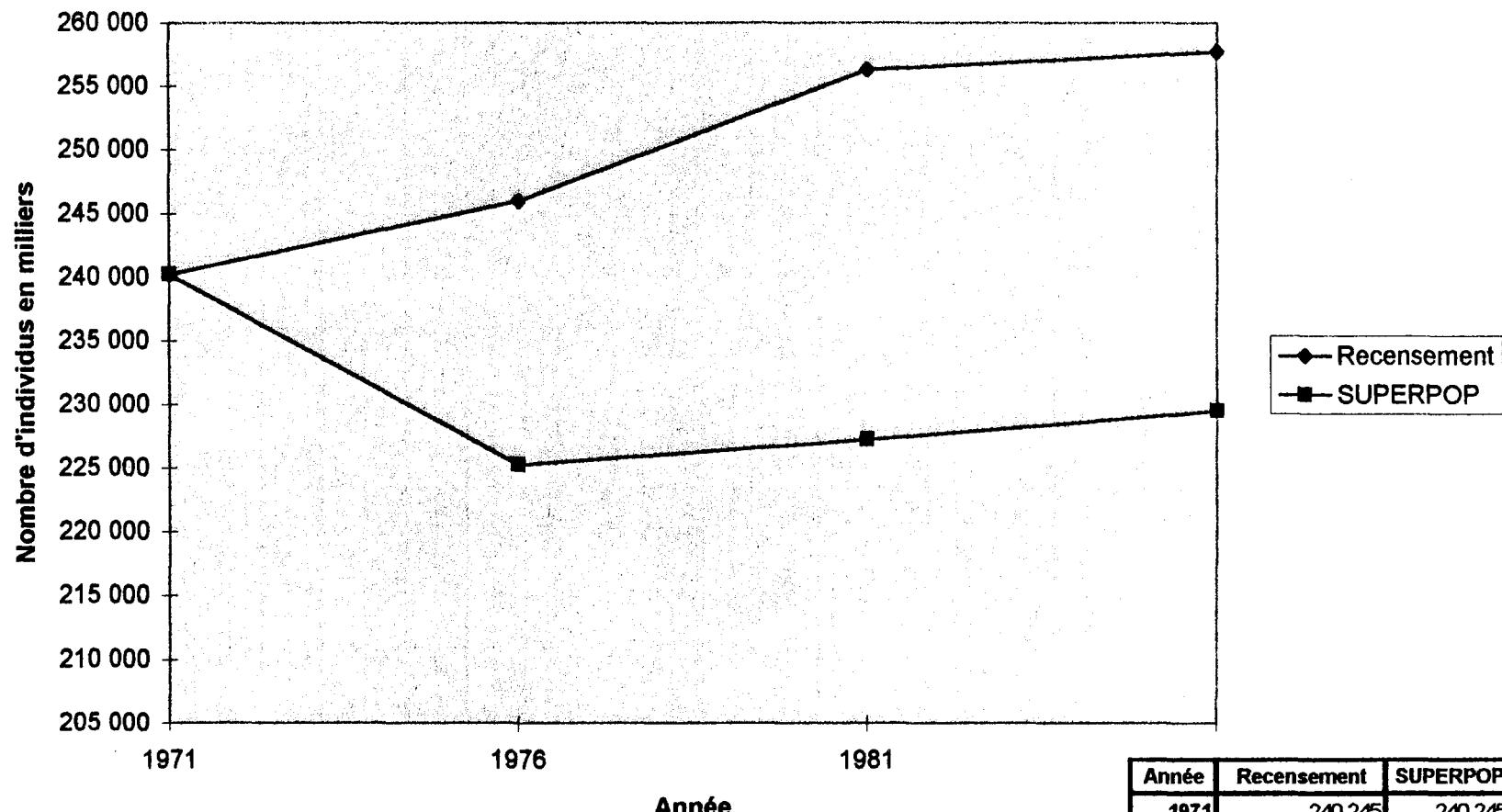
Évolution démographique de Trois-Rivières (Mauricie-Bois-Francs) selon le recensement canadien et le modèle de prévisions démographiques SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986



Source: Recensements canadiens 1971, 1976, 1981 et 1986. SUPERPOP 1976, 1981 et 1986.

GRAPHIQUE 9

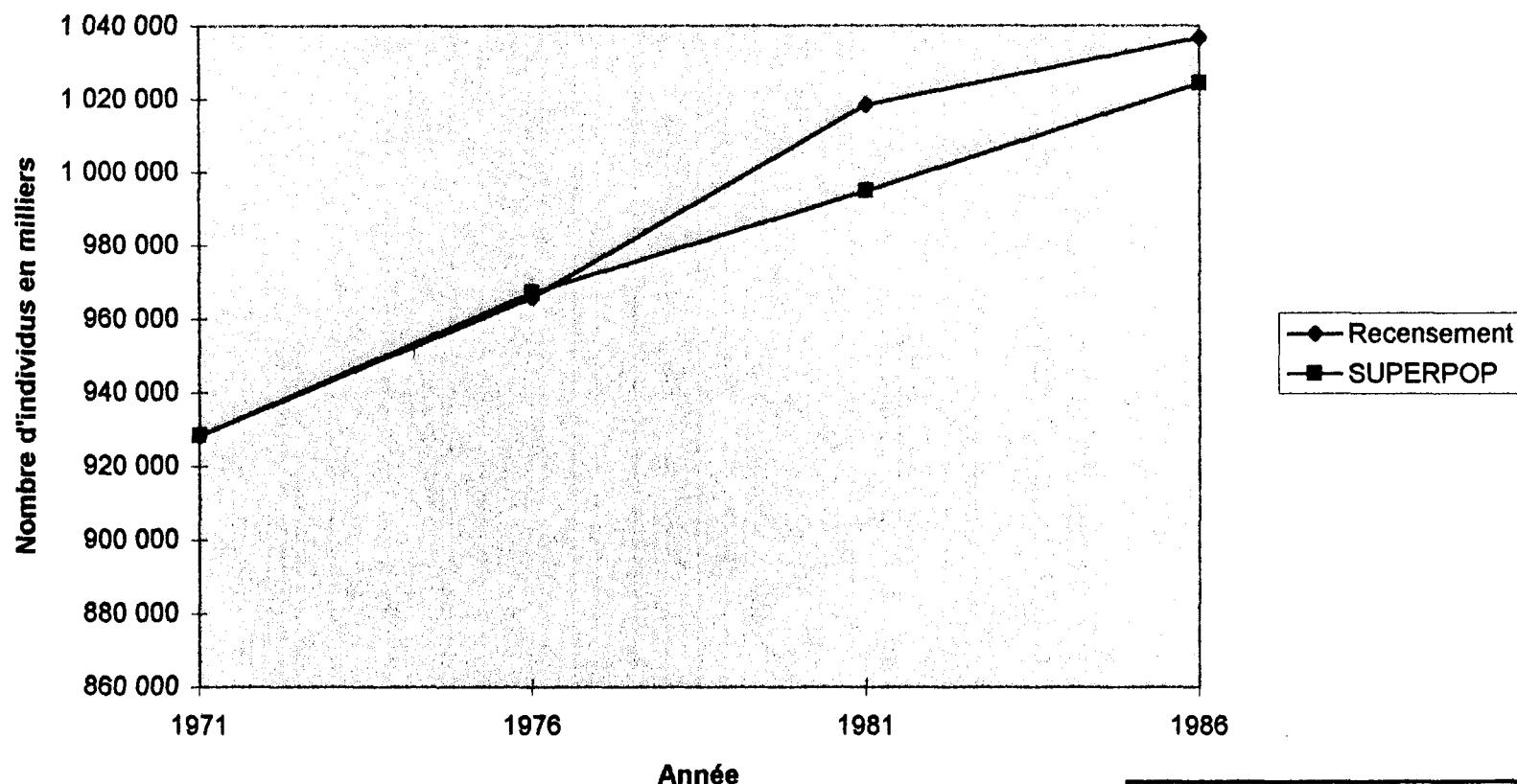
Évolution démographique des Cantons de l'Est (Estrie) selon le recensement canadien et le modèle de prévisions démographiques SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986



Source: Recensements canadiens 1971, 1976, 1981 et 1986. SUPERPOP 1976, 1981 et 1986.

GRAPHIQUE 10

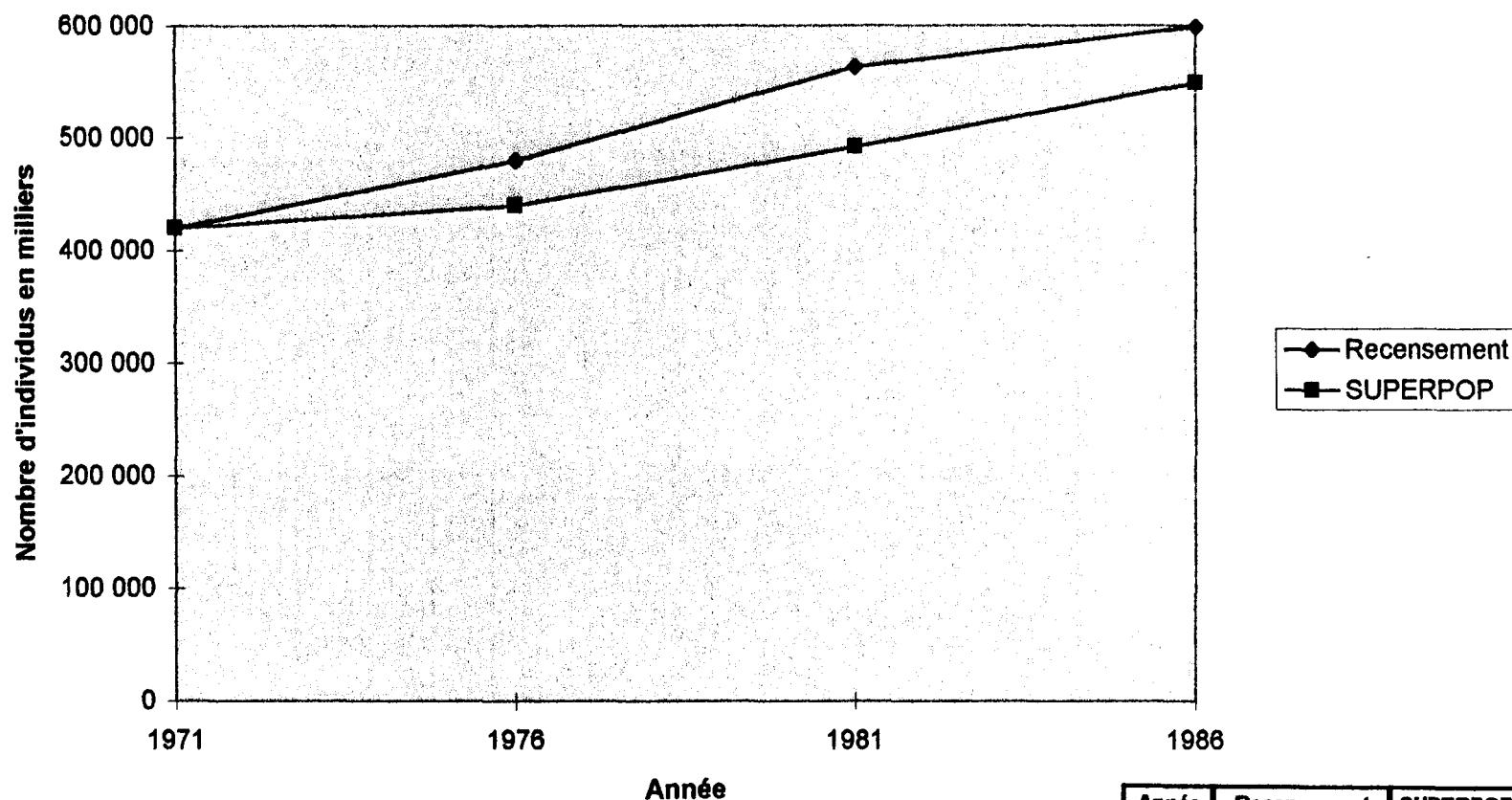
Évolution démographique de la région de Québec selon le recensement canadien et le modèle de prévisions démographiques SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986



Source: Recensements canadiens 1971, 1976, 1981 et 1986. SUPERPOP 1976, 1981 et 1986.

GRAPHIQUE 11

Évolution démographique de Laurentides-Lanaudière selon le recensement canadien et le modèle de prévisions démographiques SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986



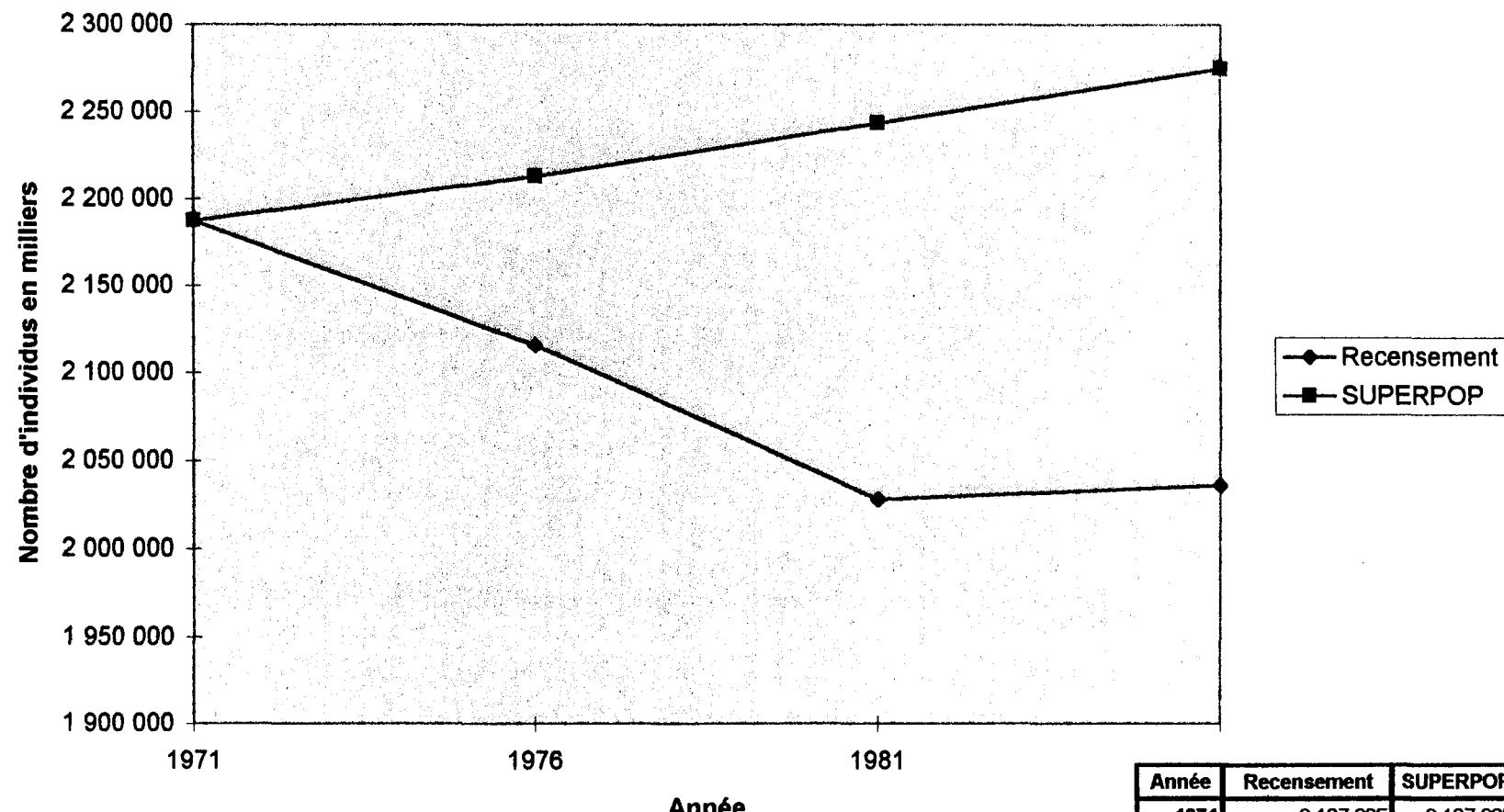
Source: Recensements canadiens 1971, 1976, 1981 et 1986. SUPERPOP 1976, 1981 et 1986.

Témiscamingue, de la Mauricie et de l'Estrie et ce, malgré le mouvement d'exode observé chez les jeunes. Pourtant, selon les prévisions de SUPERPOP, les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Mauricie auraient dû enregistrer, entre 1971 et 1986, une diminution constante et importante de leur population respective. Quant à la région de l'Estrie, si les prévisions de SUPERPOP et les données du recensement s'entendent sur une augmentation de sa population totale, un écart important sépare néanmoins leurs estimations respectives du nombre de citoyens qui forment cette population à un même moment. Selon les prévisions de SUPERPOP par exemple, la population totale de cette région aurait dû atteindre seulement 229 629 habitants en 1986. Or, le recensement de 1986 a enregistré 257 740 individus cette année-là, soit 28 111 habitants de plus que le nombre prévu par SUPERPOP. On observe d'ailleurs le même phénomène dans la région de Québec. Au moment de sa publication, SUPERPOP avait prévu une augmentation continue et rapide de sa population. Les recensements qui ont suivi ont confirmé cette croissance démographique. L'augmentation a cependant été plus importante que ce qui avait été prévu. De sorte qu'en 1986, alors que la région aurait dû compter 1 024 505 habitants, selon les prévisions de SUPERPOP, le recensement y a dénombré 1 036 812 habitants, soit 12 307 individus de plus que prévu. Il en va de même dans la région de Laurentides-Lanaudière, où la croissance démographique enregistrée par les recensements a été plus importante que celle qui avait été prévue par SUPERPOP. Alors que les prévisions de SUPERPOP estimaient que la population totale de cette région allait atteindre 548 933 habitants en 1986, le recensement en a dénombré 599 091 cette année-là, soit 50 158 habitants de plus que prévu.

Il en va tout autrement, cependant, en ce qui concerne les régions de Montréal-métropolitain et de l'Outaouais, deux régions où les prévisions de SUPERPOP ont, dans les deux cas, surestimé la croissance démographique réelle de leurs populations respectives. Dans le cas de Montréal-métropolitain, le graphique 12 montre que les recensements canadiens de 1971 et de 1986 ont enregistré une diminution de 151 824 habitants durant cette période, la

GRAPHIQUE 12

Évolution démographique de Montréal-Métropolitain (incluant Laval) selon le recensement canadien et le modèle de prévisions démographiques SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986



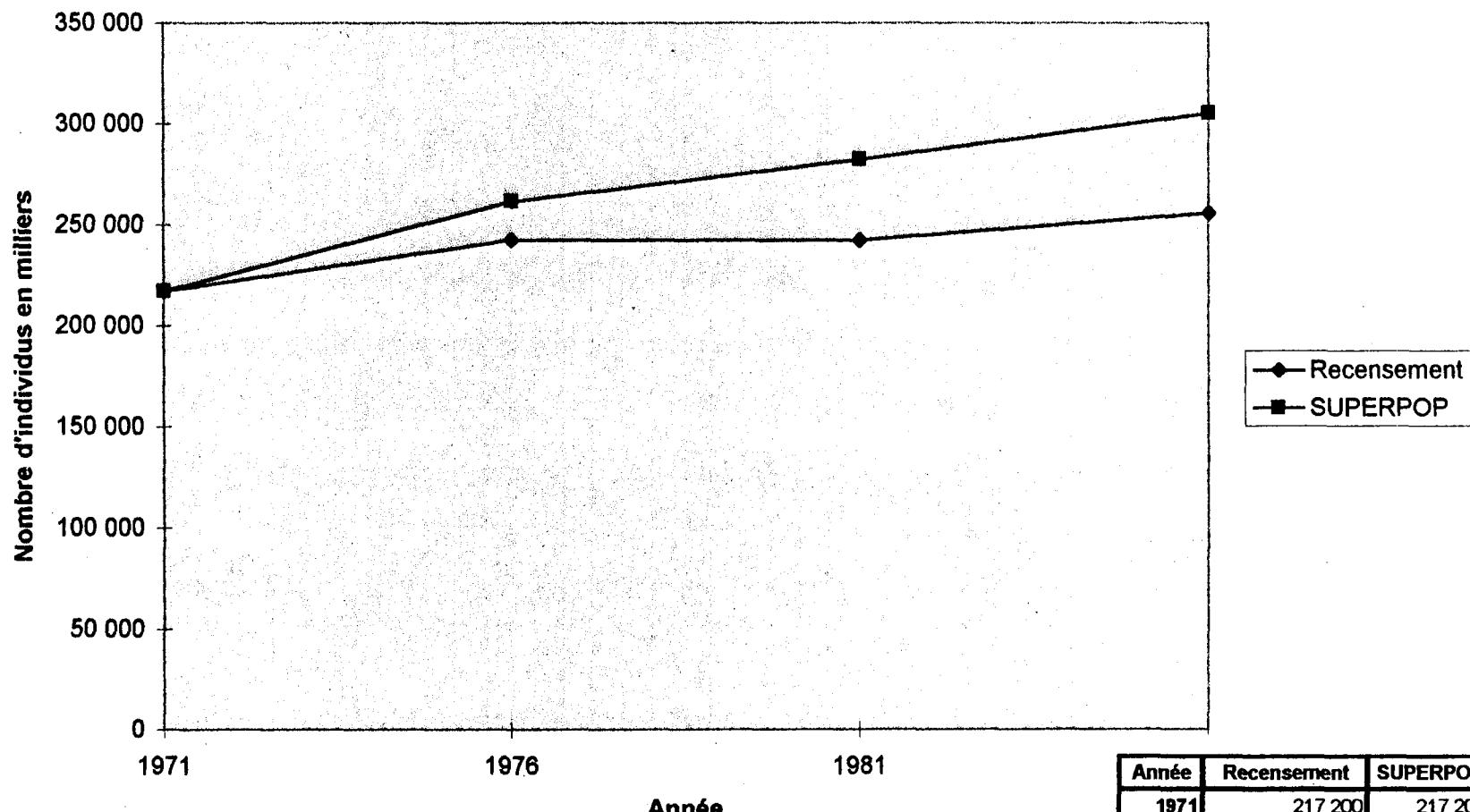
Source: Recensements canadiens 1971, 1976, 1981 et 1986. SUPERPOP 1976, 1981 et 1986.

population de cette région passant ainsi de 2 188 570 habitants en 1971 à 2 036 746 habitants en 1986. Une explication courante de cette situation serait que plusieurs cadres et professionnels, de même qu'un nombre important d'ouvriers et de travailleurs, auraient préféré déménager dans les municipalités situées en banlieue, dans les régions limitrophes de Montréal, tout en continuant à se déplacer matin et soir pour aller travailler en ville. Or, les prévisions de SUPERPOP avaient prévu une augmentation de la population et non une diminution. Le scénario retenu à l'époque par les démographes se basait peut-être sur l'hypothèse que le mouvement d'exode démographique, qui touchait les régions périphériques et les régions centrales, se solderait par l'arrivée massive de ces gens dans la métropole, et non dans les régions situées en banlieue. Ce qu'il importe de retenir, pour le moment, c'est le fait qu'au moment de sa publication en 1976, SUPERPOP avait prévu une augmentation continue de la population montréalaise jusqu'en 1991. Or, les données extraites des recensements canadiens nous ont appris que c'est le contraire qui s'est produit. Quant à l'Outaouais, le graphique 13 montre que l'erreur de SUPERPOP ne réside pas dans ses prévisions concernant la tendance de la population de cette région à s'accroître, tendance confirmée par les données des recensements canadiens couvrant cette période, mais se situe au niveau de ses estimations sur le nombre total de citoyens. Par exemple, alors que SUPERPOP avait prévu que sa population totale allait se chiffrer à 305 527 habitants en 1986, le recensement nous a appris que sa population réelle a atteint seulement 256 334 habitants cette année-là, soit 49 193 individus de moins que prévu.

En soi, ce n'est pas le fait que SUPERPOP se soit trompé dans ses estimations et ses prévisions démographiques qui est grave, mais l'usage qu'en a fait le MAS à l'époque. Dans notre exemple, la direction de la planification des services et le service du développement des ressources se sont retrouvés avec une source de données inappropriée entre les mains, qu'ils ont quand même utilisée comme outil de gestion et comme base de données dans la planification des programmes et l'allocation des ressources. On s'est donc retrouvé dans une situation où le modèle de prévision démographique, préparé à l'attention des responsables du

GRAPHIQUE 13

Évolution démographique de l'Outaouais selon le recensement canadien et le modèle de prévisions démographiques SUPERPOP (version 12 régions), 1971 à 1986



Source: Recensements canadiens 1971, 1976, 1981 et 1986. SUPERPOP 1976, 1981 et 1986.

MAS chargés de la planification des programmes et de l'allocation des ressources, s'avérait erroné, invalidant du même coup les critères ou les paramètres servant à l'élaboration des indicateurs sur lesquels se basaient ces derniers pour répartir les ressources entre les régions. Il en résulta évidemment une situation où l'adéquation des services offerts par les établissements du réseau aux populations à desservir, en fonction de leurs caractéristiques sociosanitaires, tel que stipulé par la Loi, ne pouvait être respectée. Comment, en effet, le MAS aurait-il pu offrir un niveau adéquat de services aux citoyens d'une région, ainsi que les ressources nécessaires aux établissements chargés de produire et de dispenser ces services, si son estimation du nombre de personnes à desservir et son évaluation de leurs caractéristiques sociosanitaires étaient erronées ?

Pour éviter ces désagréments, la méthodologie employée par les démographes, de même que les hypothèses qu'ils ont retenues lorsqu'ils ont créé le modèle, auraient dû faire l'objet d'une révision avant même de servir d'indicateurs dans la planification des programmes et l'allocation des ressources. Comme cela n'a pas été le cas, nous ne pouvons que déplorer l'usage qu'a fait le MAS de prévisions erronées dans l'élaboration de son plan de développement des ressources préparé en 1976. Cadre de référence pour l'adaptation des services offerts et des ressources allouées aux établissements, aux objectifs et aux priorités déterminés pour chacun des programmes, en fonction de l'évolution des populations anticipée dans chacune des régions, le plan formulait à l'époque des critères d'allocation et de répartition des ressources, ainsi que des stratégies qui tenaient compte à la fois des contraintes et des exigences présentes et futures en matière de besoins en soins de santé et en services sociaux²¹⁴. Prenons, par exemple, les régions qui furent désignées pour la diminution du niveau d'utilisation des services hospitaliers et la réduction du nombre de lits de courte durée.

²¹⁴ Martin, Nicole; Boulet, Francine; Dahmen, Georges; Léonard, Julie; Pigeon, Jacques; et al. op.cit. pp. 1-2.

« Afin de tenir dans des limites raisonnables la croissance des coûts de santé, disait-on, certaines régions devront réduire le niveau d'utilisation des services hospitaliers et sacrifier des lits de soins de courte durée (...) Les stratégies au plan de l'utilisation des lits de courte durée, précisait-on, reposent sur l'identification de régions cibles et la détermination, pour chacune de ces régions, d'un potentiel de réduction des lits ... »²¹⁵.

Ces régions cibles furent l'Estrie, la région de Québec, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Mauricie, la Côte-Nord et l'Abitibi-Témiscamingue. Selon les critères formulés par le plan, l'allocation des lits de courte durée faisait ressortir des surplus relatifs importants dans chacune de ces six régions. Ainsi, dès le milieu des années soixante-dix, la priorité du Gouvernement du Québec d'éviter une croissance illimitée des coûts de santé, entraîne des décisions administratives et des choix budgétaires prétextant une plus grande rationalisation dans l'utilisation des ressources pour procéder à des compressions dans les établissements de certaines régions. Il en résulte, au sein du MAS, la confection d'un plan et l'élaboration de stratégies établissant, pour la fin des années soixante-dix et le début des années quatre-vingt, la réduction des services hospitaliers consommés et du nombre de lits de soins de courte durée utilisés dans les six régions ciblées²¹⁶.

D'aucuns estiment que ce n'est certainement pas par pur hasard si les régions désignées pour fin de réduction des ressources de courte durée font également partie de celles dont les effectifs démographiques ont été sous-estimés par les prévisions de SUPERPOP. Ce qui justifie, selon nous, la pertinence d'émettre l'hypothèse selon laquelle l'utilisation des prévisions démographiques de SUPERPOP, comme indicateurs devant permettre de prévoir à plus ou moins long terme l'évolution des besoins de ces populations en services de santé et en services sociaux, aurait amené le MAS à sous-évaluer le niveau de ressources requis par les établissements situées dans les régions où il a sous-estimé la population. Ce qui l'aurait amené à prévoir un niveau de besoins et de services inférieur à la demande réelle dans

²¹⁵ *Ibid.*, pp. 39 et 53.

²¹⁶ *Ibid.*, pp. 39, 42 et 53.

plusieurs régions de la province. Ne devrions-nous pas faire l'hypothèse que SUPERPOP était un instrument complémentaire des mécanismes instaurés à la suite du rapport Higgins, Martin et Raynauld et du rapport de l'OPDQ visant la consolidation et le renforcement de Montréal en y concentrant les investissements et en attirant la population des autres régions vers la métropole ? Le sous-financement en découlant dans les autres régions aurait alors eu les effets prévus par l'exode démographique entraîné par ce même sous-financement.

3.4 - Invalidation du FIB de la RAMQ:

Le deuxième exemple, le fichier d'inscription des bénéficiaires (FIB) de la Régie de l'Assurance-maladie du Québec (RAMQ) s'avère également une source de données inappropriée. C'est sur lui, pourtant, que reposent les prévisions démographiques du BSQ contenues dans le document intitulé *Perspectives démographiques du Québec et de ses régions 1986-2046*²¹⁷. Les démographes du BSQ prétendent que l'utilisation du FIB de la RAMQ est préférable à celle des recensements canadiens comme base de données. Selon eux, les estimations officielles produites par Statistiques Canada à partir des recensements conduiraient à un sous-dénombrement des populations réelles et fausseraient les résultats des prévisions démographiques calculées sur cette base, alors que les données extraites du FIB seraient beaucoup plus fiables pour établir de telles projections²¹⁸. En effet, lors des recensements, certaines personnes ne seraient pas dénombrées parce qu'elles n'auraient pu être rejointes, auraient refusé de compléter le questionnaire du recensement, n'auraient pu le faire, ou pour toute autre raison que l'on ignore. Gilles Pelletier, du service de l'analyse statistique du MSSS, estime que le taux net du sous-dénombrement des recensements aurait été de l'ordre de 2,5 % en 1986 et 1991 et qu'il varierait en fonction du sexe et de l'âge des individus, les taux les plus élevés apparaissant dans les tranches d'âge de 20 à 34 ans (plus

²¹⁷ Thibeault, Normand et Gauthier, Hervé. *Perspectives démographiques du Québec et de ses régions: 1986-2046*. Québec, Direction des statistiques sur la population et les ménages, Bureau de la statistique du Québec, 1990. 397 pages.

²¹⁸ Ibid. p. 26. Il y a probablement une querelle fédérale-provinciale là-dessus, en raison de la péréquation et du financement fédéral des programmes.

de 7 % chez les personnes de 20 à 24 ans), soit celles pour lesquelles on observe une plus forte mobilité géographique ²¹⁹.

À ce propos, tous les démographes à travers le pays s'accordent à dire qu'il est souhaitable et même nécessaire que toute prévision démographique puisse se référer à la population de départ la plus juste possible. Le problème, c'est de savoir laquelle est la bonne parmi plusieurs populations de départ disponibles. Au Canada, c'est habituellement celle tirée des recensements. Toutefois, les démographes du BSQ soutiennent que ces derniers comportent un sous-dénombrement qui varie d'une date à l'autre, d'un sexe à l'autre et d'un groupe d'âge à l'autre, et qu'une méthode d'ajustement ou de correction des données extraites des recensements s'avère nécessaire ²²⁰. Au Québec, le Gouvernement dispose effectivement d'un fichier de population qu'il maintient aux fins de l'application de son régime d'assurance-maladie: le FIB. Or, ce dernier sert de plus en plus au dénombrement des populations. Le BSQ l'utilise depuis 1988 pour établir la population de départ de ses prévisions démographiques. Par voie de conséquence, tous les scénarios retenus, en matière de perspectives régionales, sont calculés sur cette base. La méthode utilisée par les démographes consiste tout simplement à corriger les chiffres du recensement sur la population des régions à partir des écarts observés entre le FIB et le recensement ²²¹. Or, depuis le début des années quatre-vingt dix, le MSSS se sert également du FIB pour élaborer ses propres prévisions démographiques et prévoir l'évolution des besoins de la population en services de santé et en services sociaux.

Les prévisions démographiques que l'on retrouve dans le document intitulé *La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RSS (version 18 régions) pour la période*

²¹⁹ Pelletier, Gilles; Blondeau, Michel; Mecteau, Marcel; Thibeault, Normand; et al. La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RSS, pour la période 1981 à 2016. Québec, Service de l'analyse statistique, Service du développement d'indicateurs, Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Février 1996. pp. 6-7.

²²⁰ Thibeault, Normand et Gauthier, Hervé. op.cit. p. 26.

²²¹ Ibid., p. 27.

1981 à 2006²²² offrent un bel exemple du problème que pose cette multiplicité de dénominvements pour une même population - à savoir laquelle est la bonne - et des aberrations qui sont régulièrement le lot du monde des prévisions démographiques. Les populations de départ sur lesquelles s'appuient ces prévisions ne sont pas les mêmes que celles dénombrées par les recensements, ni les mêmes que celles dénombrées par le FIB de la RAMQ. Elles ont été corrigées à partir des populations dénombrées par le FIB, en tenant compte des écarts observés entre ces dernières et celles dénombrées par les recensements. On se retrouve donc avec trois types de données: celles dénombrées par les recensements et compilées par Statistique Canada, celles dénombrées par le FIB, et celles corrigées à partir du FIB, par les démographes du BSQ et du MSSS. Le fait qu'aucune de ces populations ne soit identique à l'autre, et que celles dénombrées par le FIB soient tantôt plus élevées, tantôt moins élevées, que celles dénombrées par les recensements, permet d'envisager les quatre possibilités suivantes²²³:

1 - Les données du recensement sont exactes alors que celles du FIB sur-débordent les populations réelles.

2 - Les données du recensement sont exactes alors que celles du FIB sous-débordent les populations réelles.

²²² Haince, Sylvain; Pelletier, Gilles; Blondeau, Michel; Mecteau, Marcel; St-Pierre, Marc-André; et al. La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RSS (version 18 régions) pour la période 1981 à 2006. Québec, Service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992. 448 pages. Ce document constitue une mise à jour et un complément à deux publications déjà parues portant sur les prévisions démographiques. Il s'agit de Haince, Sylvain; Blondeau, Michel; Mecteau, Marcel; Thibeault, Normand; et al. Perspectives démographiques par région sociosanitaire, Québec, 1986 à 2061, scénario moyen. Québec, Service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990. 446 pages et de Haince, Sylvain. Perspectives démographiques par CLSC, DSC, RSS, Québec, 1986 à 2016, scénario moyen. Québec, Service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990. 518 pages.

²²³ Truchon, Martin (Côté, Charles, sous la supervision de). op.cit. pp. 1-2.

3 - Les données du FIB sont exactes alors que celles du recensement sous-dénombreront les populations réelles.

4 - Les données du FIB sont exactes alors que celles du recensement sur-dénombreront les populations réelles.

Chacune de ces possibilités a été vérifiée dans le rapport invalidant les critères utilisés par le MSSS pour effectuer ses prévisions démographiques sur une base régionale²²⁴. Présenté au Conseil d'administration du CRSSS-02, le 16 octobre 1991, ce dernier a été réalisé sur la base des recensements de 1971 et 1986 et des données du FIB extraites des statistiques annuelles de la RAMQ de 1986. Ce document se voulait non seulement une mise en garde contre l'utilisation d'une source de données qu'il y avait lieu de croire erronée, mais également une évaluation de la validité des instruments de gestion bâtis à partir de cette source. Nous présentons ici une révision des résultats de cette étude sur la base des recensements de 1971 et 1991 et des statistiques annuelles de la RAMQ de 1991 (les données de 1996 n'étant pas encore disponibles).

Les analyses effectuées dans le cadre de cette remise à jour du rapport original montrent que si les démographes du MSSS s'expriment clairement quant à l'utilité des estimations démographiques contenues dans ces documents, au niveau de la planification des services et de l'allocation des ressources, leurs calculs présentent cependant de sérieuses lacunes méthodologiques. En effet, ce n'est pas simplement en comparant les populations dénombrées par le FIB et celles dénombrées par le recensement qu'on peut établir avec certitude si c'est le recensement qui sous-dénombré ou le FIB qui sur-dénombré les populations réelles. On s'explique mal d'ailleurs pourquoi le MSSS perdrat du temps à vouloir corriger les populations dénombrées par le recensement, s'il est convaincu que celles dénombrées par le FIB sont exactes. Il n'aurait qu'à laisser de côté les populations

²²⁴ Ibid., 30 pages.

dénombrées par le recensement et utiliser tout simplement celles du FIB. Par ailleurs, l'explication par le sous-dénombrement perd toute crédibilité dans les cas où se sont les populations dénombrées par le recensement qui sont plus élevées que celles dénombrées par le FIB. En pareil cas, de deux choses l'une, ou bien ce sont les populations dénombrées par le FIB qui sont exactes alors que celles dénombrées par le recensement sur-dénombreront les populations réelles, ou bien ce sont tout simplement les populations dénombrées par le recensement qui sont exactes alors que celles dénombrées par le FIB sont erronées.

Supposons un instant que les populations dénombrées par le FIB soient exactes. Cela voudrait dire que le recensement aurait enregistré plusieurs fois les mêmes personnes. Or, absolument rien ne prouve qu'il en soit ainsi. C'est de façon tout à fait gratuite que les démographes du BSQ et du MSSS affirment que les populations dénombrées par le recensement sont erronées, et qu'il faut les corriger à partir de celles dénombrées par le FIB. Il faudrait alors vérifier qu'au contraire, ce ne sont pas les populations dénombrées par le FIB qui sur-dénombreront les populations réelles. Il y a donc lieu de vérifier si les deux autres possibilités peuvent être retenues, à savoir que ce ne sont pas les populations dénombrées par le recensement qui sont inexactes, mais bien celles dénombrées par le FIB. À titre d'exemple, le tableau 3 montre les écarts en nombres absolus et en pourcentage entre les populations dénombrées par le FIB et celles dénombrées par le recensement de 1991, dans chacun des groupes d'âge quinquennaux de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Dans tous les groupes d'âge situés entre 0 et 59 ans, le nombre d'individus dénombré par le FIB est plus élevé que celui dénombré par le recensement. Comme l'indiquent les deux dernières colonnes du tableau, les écarts les plus importants se retrouvent chez les jeunes adultes âgés entre 20 et 39 ans, c'est-à-dire chez les groupes d'âge reconnus comme étant les plus mobiles dans l'espace, au sens migratoire du terme. Par contre, chez les personnes âgées de 60 ans et plus, la situation s'inverse, le nombre d'individus dénombré par le FIB étant moins élevé que celui dénombré par le recensement.

TABLEAU 3

**Écarts par groupe d'âge quinquennal en chiffres absolus et en % entre le FIB
et le recensement de 1991**

Saguenay-Lac-Saint-Jean

Groupes d'âge	FIB	Recensement	Écarts FIB - Recensement	Écarts en %
0-4	19 264	18 875	389	2,06
5-9	22 674	22 460	214	0,95
10-14	26 363	26 105	258	0,99
15-19	21 541	21 315	226	1,06
20-24	18 357	16 995	1 362	8,01
25-29	24 411	22 775	1 636	7,18
30-34	28 713	27 640	1 073	3,88
35-39	26 538	25 515	1 023	4,01
40-44	22 108	21 630	478	2,21
45-49	18 259	17 990	269	1,49
50-54	14 180	14 035	145	1,03
55-59	13 206	13 160	46	0,35
60-64	12 149	12 150	-1	-0,01
65 +	25 318	25 500	-182	-0,71
Total	293 081	286 145	6 936	2,42

Dans les groupes d'âge où le nombre d'individus dénombré par le FIB est plus élevé que celui dénombré par le recensement, nous pouvons vérifier s'il est possible d'expliquer ces écarts par des pertes migratoires que le FIB n'aurait pas enregistrées. Pour ce faire, nous devons vérifier s'il existe un lien direct entre l'exode démographique et les écarts observés entre le FIB et le recensement, dans chacun des groupes d'âge, ce que permet de faire le tableau 4. La deuxième colonne du tableau indique les taux de variation sur quinze ans, entre 1971 et 1991, des différentes cohortes d'âge de la région. Par définition, la cohorte est un « ensemble d'individus ayant vécu un évènement semblable pendant la même période de temps ». Dans le cas présent, elle permet de suivre l'évolution d'un groupe d'individus donné, pendant une période de temps donné, en tenant compte du vieillissement. Le taux de variation de la cohorte permet de mesurer le pourcentage ou la part occupée par les individus qui sont décédés ou qui ont quitté celle-ci, s'il est négatif, ou qui s'y sont ajoutés, s'il est positif. Quand il est négatif, on parle de taux de disparition ou de taux d'exode, selon qu'il s'agit de décès ou de pertes migratoires. Quand il est positif, on parle alors de taux d'accroissement.

Comme le montre la deuxième colonne, les taux de disparition ou d'exode les plus élevés, c'est-à-dire supérieurs à 15 %, se retrouvent chez les cohortes des jeunes adultes âgés entre 20 et 39 ans, et la cohorte des personnes âgées entre 60 et 64 ans. En ce qui concerne les jeunes, on peut parler d'exode. Puisqu'ils sont généralement en meilleure santé que les personnes âgées, et moins affectés qu'elles par la maladie, la mortalité demeure un facteur négligeable. À partir des groupes d'âge de 45 ans et plus, les taux de variation augmentent de façon continue d'une cohorte à l'autre. Chez ces individus cependant, il ne s'agit pas seulement de pertes migratoires. Plus les individus vieillissent, plus la mortalité joue un rôle important dans la diminution des effectifs. Comme tous les taux de variation des cohortes d'âge sont négatifs, on peut affirmer que la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean subit indiscutablement des pertes migratoires. Le tableau permet donc de comparer les taux d'exode des différentes cohortes de la région, entre 1971 et 1991, avec les taux d'écarts entre

TABLEAU 4

Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991

Saguenay-Lac-Saint-Jean

Groupes d'âge	Taux de variation des cohortes d'âge sur 20 ans (1971-1991)	Taux d'écart entre le FIB et le recensement en 1991
0-4	ND	2,06
5-9	-0,7	0,95
10-14	-4,4	0,99
15-19	-1,9	1,06
20-24	-20,9	8,01
25-29	-29,9	7,18
30-34	-25,8	3,88
35-39	-25,9	4,01
40-44	-12,5	2,21
45-49	-8,8	1,49
50-54	-11,4	1,03
55-59	-14,0	0,35
60-64	-16,4	-0,01
65 et +	ND	-0,71

Source: Statistique Canada, Recensement 1971 et 1991. RAMQ, Statistiques annuelles 1991.

les données du FIB et celles du recensement, pour chacun des groupes d'âge quinquennaux correspondants.

Nos analyses nous portent à croire que ce n'est pas un hasard si les taux d'écart les plus élevés observés entre le FIB et le recensement se retrouvent chez les jeunes adultes âgés entre 20 et 39 ans, c'est-à-dire chez les groupes d'âge où les taux d'exode sont les plus marqués. C'est effectivement là où la capacité de rétention des effectifs est la moins forte, que les écarts entre le FIB et le recensement sont les plus importants. Les correspondances observées entre les taux d'exode sur quinze ans des différentes cohortes d'âge, et les taux d'écart entre le FIB et le recensement, sont suffisamment fortes pour que l'on puisse émettre l'hypothèse de l'existence d'un lien direct entre l'importance des pertes migratoires et celle des écarts entre le FIB et le recensement. Dans pareil cas, il y aurait lieu de croire que ce n'est pas le recensement qui sous-dénombré le nombre réel d'individus, dans chacun des groupes d'âge, mais le FIB qui sur-dénombré ceux-ci, parce qu'il ne tiendrait pas compte des migrations. D'aucuns seraient tentés d'expliquer cette situation en émettant l'hypothèse selon laquelle des gens partis vivre ailleurs, dans d'autres régions, seraient encore considérés comme des résidents du Saguenay-Lac-Saint-Jean par la RAMQ, qui n'aurait pas enregistré leurs changements d'adresse dans son fichier.

Nos analyses indiquent également que de telles correspondances existent aussi dans les régions du Bas-St-Laurent, de la Gaspésie, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, de la Mauricie et de l'Estrie. Comme le montrent les tableaux 5 à 10, la relation entre les pertes migratoires et les erreurs de sur-dénombrément du FIB se vérifie chez les jeunes adultes âgés entre 15 et 44 ans, et plus particulièrement chez ceux âgés entre 20 et 39 ans, dans chacune de ces régions. Précisons toutefois, qu'il est impossible d'établir une telle relation dans les groupes d'âge de 45 ans et plus où l'évolution des taux d'écart entre le FIB et le recensement ne correspond pas avec celle des taux de variation des cohortes d'âge. Dans pareil cas, en effet, on ne peut pas retenir l'hypothèse d'un lien direct entre des pertes

TABLEAU 5

Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991

Bas-St-Laurent

Groupes d'âge	Taux de variation des cohortes d'âge sur 20 ans (1971-1991)	Taux d'écart entre le FIB et le recensement en 1991
0-4	ND	1,55
5-9	-2,5	1,02
10-14	-2,3	0,59
15-19	-1,5	1,70
20-24	-28,6	12,21
25-29	-37,3	8,82
30-34	-34,5	5,63
35-39	-34,4	4,90
40-44	-14,9	2,25
45-49	-7,0	1,74
50-54	-5,7	1,72
55-59	-9,9	0,84
60-64	-11,2	-0,14
65 et +	ND	13,12

Source: Statistique Canada, Recensement 1971 et 1991. RAMQ, Statistiques annuelles 1991.

TABLEAU 6

Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991

Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Groupes d'âge	Taux de variation des cohortes d'âge sur 20 ans (1971-1991)	Taux d'écart entre le FIB et le recensement en 1991
0-4	ND	3,91
5-9	-6,6	2,44
10-14	-7,6	2,41
15-19	-12,9	4,24
20-24	-39,9	18,63
25-29	-46,3	16,74
30-34	-39,8	9,04
35-39	-36,9	8,31
40-44	-13,2	4,11
45-49	-10,8	2,27
50-54	-7,2	3,18
55-59	-15,4	2,20
60-64	-14,5	0,31
65 et +	ND	2,39

Source: Statistique Canada, Recensement 1971 et 1991. RAMQ, Statistiques annuelles 1991.

TABLEAU 7

Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991

Abitibi-Témiscamingue

Groupes d'âge	Taux de variation des cohortes d'âge sur 20 ans (1971-1991)	Taux d'écart entre le FIB et le recensement en 1991
0-4	ND	0,49
5-9	0,8	-1,65
10-14	-3,1	-1,49
15-19	-6,1	0,60
20-24	-18,3	8,76
25-29	-25,0	4,93
30-34	-25,1	3,72
35-39	-25,5	3,74
40-44	-9,9	1,86
45-49	-7,0	-1,58
50-54	-11,6	0,79
55-59	-19,0	-0,15
60-64	-17,5	-5,77
65 et +	ND	-0,46

Source: Statistique Canada, Recensement 1971 et 1991. RAMQ, Statistiques annuelles 1991.

TABLEAU 8

Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991

Côte-Nord

Groupes d'âge	Taux de variation des cohortes d'âge sur 20 ans (1971-1991)	Taux d'écart entre le FIB et le recensement en 1991
0-4	ND	3,16
5-9	-4,7	1,29
10-14	-22,0	0,56
15-19	-31,2	1,22
20-24	-37,9	10,55
25-29	-37,3	8,35
30-34	-24,5	5,74
35-39	-10,6	4,40
40-44	-17,5	1,67
45-49	-30,9	0,60
50-54	-27,0	-1,46
55-59	-30,4	-1,25
60-64	-35,7	-0,69
65 et +	ND	1,11

Source: Statistique Canada, Recensement 1971 et 1991. RAMQ, Statistiques annuelles 1991.

TABLEAU 9

Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991

Mauricie-Bois-Francs

Groupes d'âge	Taux de variation des cohortes d'âge sur 20 ans (1971-1991)	Taux d'écart entre le FIB et le recensement en 1991
0-4	ND	2,86
5-9	4,0	1,13
10-14	2,5	1,21
15-19	5,5	1,45
20-24	-10,9	7,69
25-29	-19,3	7,66
30-34	-19,9	5,05
35-39	-20,5	3,93
40-44	-7,2	2,34
45-49	2,2	1,56
50-54	-0,9	-16,01
55-59	-4,1	0,27
60-64	-5,9	-0,86
65 et +	ND	-1,36

Source: Statistique Canada, Recensement 1971 et 1991. RAMQ, Statistiques annuelles 1991.

TABLEAU 10

Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991

Estrie

Groupes d'âge	Taux de variation des cohortes d'âge sur 20 ans (1971-1991)	Taux d'écart entre le FIB et le recensement en 1991
0-4	ND	1,25
5-9	2,7	1,66
10-14	1,2	1,41
15-19	0,5	2,15
20-24	-8,4	5,09
25-29	-18,7	8,11
30-34	-19,4	6,77
35-39	-17,6	6,26
40-44	-6,8	3,94
45-49	-1,4	2,87
50-54	-0,5	2,69
55-59	0,7	0,91
60-64	-0,3	-5,04
65 et +	ND	0,39

Source: Statistique Canada, Recensement 1971 et 1991. RAMQ, Statistiques annuelles 1991.

démographiques, qui parfois n'existent même pas, et des erreurs de sur-dénombrement de la part du FIB. Dans certains de ces groupes d'âge, le nombre d'individus dénombré par le FIB sous-dénombré celui enregistré par le recensement: les personnes âgées entre 60 et 64 ans dans la région du Bas-St-Laurent, celles âgées entre 50 et 64 ans dans la région de la Côte-Nord, celles âgées entre 50 et 54 ans et entre 60 ans et plus dans la région de la Mauricie, et celles âgées entre 60 et 64 ans en Estrie. En pareil cas, d'autres explications entrent nécessairement en ligne de compte. Si l'on met de côté l'hypothèse invraisemblable selon laquelle le recensement serait dans l'erreur, parce qu'il aurait enregistré plusieurs fois les mêmes personnes, il ne reste plus alors que trois solutions possibles:

- 1 - Les écarts entre le FIB et le recensement seraient dus à des erreurs de sous-dénombrement de la part du FIB, qui s'expliqueraient par les méthodes d'arrondissement aléatoire des données.
- 2 - La RAMQ aurait tout simplement oublié ou négligé d'enregistrer certaines personnes dans son fichier, parce qu'elle n'avait pas leur adresse ou pour toute autre raison.
- 3 - Ces écarts seraient dus à une cause inconnue qu'il reste encore à découvrir.

Enfin, il ne serait être question de conclure cet exemple sans parler des régions de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie. Comme le montre la deuxième colonne des tableaux 11, 12 et 13, ces trois régions sont en pleine croissance démographique. À part quelques exceptions, les taux de variation des cohortes d'âge ne correspondent plus à des taux de disparition ou d'exode mais traduisent des taux d'accroissement, ce qui est tout à fait logique si l'on pense que les pertes démographiques observées dans plusieurs régions du Québec doivent nécessairement se traduire par des ajouts de population dans d'autres régions, sans toutefois négliger le fait que certains individus ont pu émigrer dans une autre province ou à l'extérieur du pays. Comme le montre la troisième colonne de ces mêmes

TABLEAU 11

Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991

Laurentides

Groupes d'âge	Taux de variation des cohortes d'âge sur 20 ans (1971-1991)	Taux d'écart entre le FIB et le recensement en 1991
0-4	ND	5,84
5-9	29,2	3,86
10-14	29,1	2,90
15-19	42,0	3,74
20-24	60,9	13,71
25-29	60,9	12,70
30-34	69,8	9,13
35-39	86,6	7,42
40-44	123,5	5,43
45-49	98,6	4,07
50-54	67,2	4,51
55-59	55,5	2,95
60-64	56,7	1,71
65 et +	ND	-0,13

Source: Statistique Canada, Recensement 1971 et 1991. RAMQ, Statistiques annuelles 1991.

TABLEAU 12

Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991

Lanaudière

Groupes d'âge	Taux de variation des cohortes d'âge sur 20 ans (1971-1991)	Taux d'écart entre le FIB et le recensement en 1991
0-4	ND	6,11
5-9	13,1	2,43
10-14	8,1	1,39
15-19	6,6	2,97
20-24	-11,9	14,49
25-29	-1,7	12,41
30-34	18,4	7,81
35-39	28,1	5,39
40-44	39,3	3,52
45-49	18,1	4,01
50-54	6,0	3,44
55-59	0,6	1,64
60-64	-3,2	1,37
65 et +	ND	0,09

Source: Statistique Canada, Recensement 1971 et 1991. RAMQ, Statistiques annuelles 1991.

TABLEAU 13

Taux de variation des cohortes d'âge de 1971 à 1991 et taux d'écart des groupes d'âge quinquennaux correspondants entre le FIB et le recensement en 1991

Montérégie

Groupes d'âge	Taux de variation des cohortes d'âge sur 20 ans (1971-1991)	Taux d'écart entre le FIB et le recensement en 1991
0-4	ND	2,04
5-9	10,0	0,88
10-14	7,0	-0,04
15-19	9,3	0,64
20-24	11,1	7,41
25-29	3,4	7,98
30-34	13,6	5,41
35-39	25,2	3,89
40-44	43,2	2,32
45-49	28,2	1,48
50-54	12,7	1,96
55-59	1,3	0,87
60-64	-3,2	0,96
65 et +	ND	0,99

Source: Statistique Canada, Recensement 1971 et 1991. RAMQ, Statistiques annuelles 1991.

tableaux, le nombre d'individus dénombré par le FIB est plus élevé que celui dénombré par le recensement et ce, dans presque tous les groupes d'âge. Or, puisque ces régions sont en pleine croissance démographique, on ne peut plus retenir l'hypothèse d'un rapport direct entre des pertes migratoires, qui n'existent pas, et les erreurs de sur-dénombrement du FIB.

3.5 - Conclusion:

Le constat qui se dégage des résultats de cette étude est très clair: si ce sont les populations dénombrées par le recensement qui sont exactes, et non celles dénombrées à partir du FIB de la RAMQ, on ne peut pas, et on ne doit surtout pas, se fier à des instruments de gestion basés sur des estimations et des prévisions démographiques qui ont été calculées, non pas à partir des populations réelles enregistrées par le recensement, mais à partir de données erronées extraites du FIB.

Dans le cas contraire, il est pratiquement impossible d'obtenir des prévisions démographiques valables. Par ailleurs, en reprenant les principaux constats de cette étude, le comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits » en arrive à la conclusion que les disparités qui seront observées dans les prochains chapitres, en ce qui a trait à la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires, se traduisent par un accroissement des disparités interrégionales en matière d'emploi et une amplification des mouvements migratoires interrégionaux, entraînant des modifications importantes des effectifs globaux (volume) et de la composition (structure d'âge) de leurs populations, et invalidant, du même coup, les prévisions démographiques qui ne tiennent pas compte de ces migrations ²²⁵. Par voie de conséquence, la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires, sur la base des populations estimées ou prévues par le MSSS, a des conséquences qui ont pour effet d'invalider les paramètres sur lesquels se basent ces prévisions. Ce qui a évidemment pour

²²⁵ Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse de « bilan-lits »). op.cit. pp. 4, 10 et 19.

effet d'invalider ces prévisions, de même que toute formule de répartition des ressources basée sur ces prévisions. Autrement dit, ce sont les effets de l'application des normes du MSSS qui, en bout de ligne, servent de critères d'allocation et de répartition des ressources, amplifiant ainsi les disparités déjà existantes ²²⁶.

Depuis février 1996, nous sommes à même de juger le chemin parcouru jusqu'à maintenant par les critiques formulées à l'endroit du FIB. Dans un nouveau document produit par son service de l'analyse statistique, le MSSS reconnaît enfin que les statistiques démographiques extraites du FIB doivent être validées et épurées, afin de répondre adéquatement aux besoins prévisionnels ²²⁷. D'une part, on reconnaît que le FIB est d'abord et avant tout destiné à des fins administratives. Il ne vise aucunement des fins de statistiques démographiques. D'autre part, on admet que les adresses de résidence qui apparaissent dans le FIB sont celles transmises par les bénéficiaires lors de l'émission de la carte d'assurance-maladie, alors que le recensement, quant à lui, fait référence aux adresses de résidence habituelles des répondants, qui ne correspondent pas nécessairement à celles enregistrées par le FIB lors de l'émission de la carte d'assurance-maladie ²²⁸. Pour diverses raisons, qui ne sont pas mentionnées, le FIB contient davantage de fiches individuelles qu'il y a d'individus au Québec. Le fait qu'il contient un nombre de fiches largement supérieur à la taille réelle de la population expliquerait en grande partie, selon le MSSS, les problèmes de sur-dénombrement découlant de l'utilisation de ce fichier. Certes, ce dernier peut être alimenté par de nombreux autres fichiers administratifs gouvernementaux, mais rien n'indique qu'il soit en mesure d'enregistrer à temps tous les changements d'adresse. De plus, il éprouve de sérieux problèmes de dénombrement en ce qui a trait aux décès chez les personnes très

²²⁶ *Ibid.*, pp. 10-11 et 19.

²²⁷ Pelletier, Gilles; Blondeau, Michel; Mecteau, Marcel; Thibeault, Normand; et al. La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RSS, pour la période 1981 à 2016. Québec, Service de l'analyse statistique, Service du développement d'indicateurs, Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Février 1996, 224 pages.

²²⁸ *Ibid.*, pp. 9 et 22.

âgées. Il faut donc procéder avec beaucoup de précautions lorsque l'on veut utiliser ce fichier à des fins démographiques²²⁹.

Cela étant dit, nous ne savons toujours pas si ces quelques mises en garde se traduiront concrètement par une utilisation plus adéquate des données extraites du FIB. Surtout, cela n'explique pas pourquoi on persiste à vouloir corriger les populations dénombrées par le recensement à partir de celles enregistrées par le FIB, au lieu de les utiliser tout simplement telles quelles. Dans de telles conditions, il est tout à fait normal de s'interroger sérieusement sur la validité du projet conjoint du BSQ et du MSSS d'exploiter les données du FIB pour estimer les mouvements migratoires. En cours d'élaboration depuis quelques années déjà, ce projet vise également à produire d'ici quelques années des estimations et des prévisions intra-régionales, par territoire de MRC et district de CLSC²³⁰. Dans un avenir rapproché, il faudra absolument procéder à une réévaluation des nouvelles prévisions démographiques présentées par le MSSS dans ce document et dans ceux qui suivront. Ce qui importe, pour le moment, c'est d'évaluer les impacts des disparités engendrées par la répartition inégalitaire des ressources sociosanitaires.

²²⁹ *Ibid.*, pp. 9 et 22.

²³⁰ *Ibid.*, pp. 8 et 23. **Haince, Sylvain; Pelletier, Gilles; Blondeau, Michel; Mecteau, Marcel; St-Pierre, Marc-André; et al.** La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RSS (version 18 régions) pour la période 1981 à 2006. Québec, Service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992. 448 pages. Ce document constitue une mise à jour et un complément à deux publications déjà parues portant sur les prévisions démographiques. La première s'intitule « Perspectives démographiques par région sociosanitaire, Québec, 1986 à 2061, scénario moyen », la deuxième « Perspectives démographiques par CLSC, DSC, RSS, Québec, 1986 à 2016, scénario moyen ».

CHAPITRE QUATRE

PROFIL DES INÉGALITÉS DANS LA RÉPARTITION INTERRÉGIONALE DES RESSOURCES SOCIOSANITAIRES AU QUÉBEC: CALCUL DES MANQUES À GAGNER ET DES SURPLUS FINANCIERS ET MESURE DES NIVEAUX DE SOUS-FINANCEMENT OU DE SUR- FINANCEMENT DES REGIONS SOCIOSANITAIRES

4.1 - Introduction:

Après avoir invalidé, dans le chapitre précédent, les prévisions démographiques retenues et utilisées par le MSSS comme paramètres dans la formulation des indicateurs de besoins devant servir à la répartition interrégionale des ressources pour chacun des programmes relevant de sa compétence, le chapitre 4 procède à une autre étape essentielle du processus d'évaluation des impacts des disparités dans la répartition des ressources entre les régions, qui consiste à mesurer l'importance relative de ces disparités, en calculant les manques à gagner ou les surplus financiers en découlant dans chaque région du Québec, à l'aide des statistiques financières et opérationnelles extraites des bases de données publiées par le MSSS.

Sur la base de notre propre interprétation des dispositions prévues par les articles 431 et 463 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, qui stipulent clairement que les ressources doivent être réparties équitablement entre les régions, en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires, nous postulons qu'une répartition juste et équitable des ressources sociosanitaires entre les régions aurait pu se faire, au départ, au prorata de la population du Québec que regroupe chacune de ces régions sur son propre territoire, si leurs taux d'inoccupation avaient été relativement semblables. Or, nos analyses montrent que ce n'était pas du tout le cas. Il existait, au départ de la période sous analyse, des disparités socio-économiques et sanitaires importantes entre ces régions.

Nos analyses ont également révélé des écarts importants entre le prorata de la population du Québec que regroupe chacune de ces régions et le pourcentage de ressources financières dont elles disposent. Pour évaluer et mesurer l'importance de ces écarts, nous allons utiliser une méthode développée par la direction de la planification du CRSSS-02 et utilisée par le comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits » et le comité de réflexion sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean, méthode que nous allons appliquer à l'ensemble des régions

sociosanitaires. Pour ce faire, nous utiliserons deux indicateurs. Premièrement, les manques à gagner ou les surplus financiers de chaque région seront calculés à partir de l'écart en % mesuré entre le prorata de la population du Québec qui réside dans chacune de ces régions et la part que représente en % les dépenses des établissements et des organismes de leur territoire respectif dans l'ensemble des dépenses au Québec, que ce soit par classe d'établissement ou pour l'ensemble des centres de responsabilité dans toutes les classes d'établissement réunies. Deuxièmement, les niveaux de sur-financement ou de sous-financement seront mesurés à l'aide des dépenses per capita calculées pour chaque région et comparées à celles calculées pour l'ensemble du Québec. À cette fin, nous utiliserons une formule simple visant à soustraire des dépenses per capita mesurées pour l'ensemble du Québec celles de chacune des régions, et à multiplier le résultat obtenu par le nombre de personnes qui habitent chacune de ces régions. Ce calcul sera effectué pour l'ensemble des centres de responsabilité dans toutes les classes d'établissement réunies.

Cette méthode, le lecteur l'aura compris, fait abstraction de trois faits: l'existence, au départ de la période étudiée, de différences socio-économiques et sociosanitaires importantes entre les régions, la concentration de spécialités et de super spécialités exigeant des économies d'échelles importantes, que certaines régions ne peuvent offrir, et l'absence de compensations aux régions qui, en plus d'être dépourvues de telles spécialités, ont écopé de coûts supplémentaires (éloignement, absence de certains services et non-traitement en découlant, flux de clientèles, pertes de bénéfices, etc.).

4.2 - Profil des manques à gagner et des surplus financiers des régions sociosanitaires au Québec:

En ce qui a trait aux manques à gagner et aux surplus financiers observés dans les différentes régions sociosanitaires du Québec par rapport au prorata de la population du Québec qu'elles regroupent sur leur territoire respectif, le tableau 14 fournit toutes les informations

TABLEAU 14

Dépenses totales (1) par centre de responsabilité et effectifs démographiques, par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1991-1992 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

Régions sociosanitaires	Coûts directs bruts en 000 \$				Sous-total # 1		Autres: CAR-CLSC-CSS	Sous-total # 2	
	CHSCD	CHSLD	CHPSY	CAH	en 000 \$ E=A+B+C+D	en %		en 000 \$ H=E+G	en %
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
01-Bas-St-Laurent	148 516	20 660	30 370	44 084	243 630	3,00	56 381	300 011	2,98
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	225 483	12 148	13 970	33 868	285 469	3,51	82 314	367 783	3,65
03-Québec	764 794	48 153	190 228	46 172	1 049 347	12,90	193 101	1 242 448	12,33
04-Mauricie-Bois-Francs	318 048	59 842	43 896	74 999	496 785	6,11	111 913	608 698	6,04
05-Estrie	252 299	36 436	0	44 269	333 004	4,09	86 328	419 332	4,16
06-Montréal-Centre	2 335 554	316 278	310 143	326 712	3 288 687	40,44	542 445	3 831 132	38,01
07-Outaouais	174 193	17 189	15 497	38 968	245 847	3,02	77 993	323 840	3,21
08-Abitibi-Témiscamingue	110 424	14 058	5 968	19 312	149 762	1,84	73 608	223 370	2,22
09-Côte-Nord	73 442	0	0	10 964	84 406	1,04	88 174	172 580	1,71
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	92 455	0	16 037	16 499	124 991	1,54	43 391	168 382	1,67
12-Chaudière-Appalaches	183 160	23 568	19 180	79 877	305 785	3,76	81 961	387 746	3,85
13-Laval	90 830	10 803	0	39 241	140 874	1,73	98 693	239 567	2,58
14-Lanaudière	154 431	1 836	0	39 466	195 733	2,41	59 848	255 581	2,54
15-Laurentides	157 195	9 621	40 383	43 186	250 385	3,08	78 936	329 321	3,27
16-Montérégie	474 398	86 502	0	137 285	698 185	8,59	212 983	911 168	9,04
Ensemble du Québec (2)	5 742 950	673 929	702 611	1 012 675	8 132 165	100,00	1 946 229	10 078 394	100,00

(1) Il s'agit des dépenses brutes qui ne tiennent pas compte des revenus réalisés par les établissements.
(2) Incluant les dépenses non attribuables à une région en particulier, mais plutôt à l'ensemble du Québec.

Source: SIFO Système d'information financière et opérationnelle. Statistiques 1985-1986 à 1991-1992. pp. 36 et 79.
Statistique Canada. Recensement canadien 1991. Prévisions démographiques du MSSS (au 1 er juillet 1991).

TABLEAU 14 (suite et fin)

Dépenses totales (1) par centre de responsabilité et effectifs démographiques, par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1991-1992 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

Régions sociosanitaires	RAMQ	Sous-total # 3		Grand total (2)		Population totale en 1991			
		en 000 \$ K=H+J	en % L	en 000 \$ M=K+Autres dépenses	en % N	Selon le recensement canadien		Selon les prévisions du MSSS	
						O	P	en nombres	en %
J	K	M	N	O	P	Q	R	Q	R
01-Bas-St-Laurent	73 520	373 531	2,89	388 622	2,82	202 040	2,93	218 950	3,13
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	101 549	469 332	3,64	482 954	3,50	286 145	4,15	298 447	4,27
03-Québec	289 342	1 531 790	11,87	1 559 041	11,30	615 830	8,93	612 753	8,76
04-Mauricie-Bois-Francs	149 167	757 865	5,87	783 104	5,68	466 225	6,76	477 290	6,82
05-Estrie	106 889	526 221	4,08	541 001	3,92	269 165	3,90	271 929	3,89
06-Montréal-Centre	962 488	4 793 620	37,14	4 884 486	35,41	1 775 860	25,76	1 831 278	26,18
07-Outaouais	92 410	416 250	3,22	434 468	3,15	283 235	4,11	288 090	4,12
08-Abitibi-Témiscamingue	54 415	277 785	2,15	290 138	2,10	151 978	2,20	155 192	2,22
09-Côte-Nord	34 340	206 920	1,60	220 282	1,60	103 425	1,50	106 195	1,52
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	38 675	207 057	1,60	215 918	1,56	105 740	1,53	115 130	1,64
12-Chaudière-Appalaches	113 501	501 247	3,88	517 849	3,75	367 910	5,34	380 965	5,45
13-Laval	86 777	326 344	2,53	339 391	2,46	314 400	4,56	314 518	4,50
14-Lanaudière	89 925	345 506	2,68	358 337	2,60	334 995	4,86	315 349	4,51
15-Laurentides	105 100	434 421	3,37	449 448	3,26	381 695	5,54	359 867	5,14
16-Montérégie	342 026	1 253 194	9,71	1 292 771	9,37	1 198 100	17,38	1 210 996	17,31
Ensemble du Québec (3)	2 830 196	12 908 590	100,00	13 793 634	100,00	6 893 270	100,00	6 995 230	100,00

(1) Il s'agit des dépenses brutes qui ne tiennent pas compte des revenus réalisés par les établissements.

(2) Incluant les dépenses de fonctionnement des régies régionales et du MSSS, ainsi que celles relatives au FRSQ, au CQRS, aux organismes communautaires, aux familles d'accueil, à l'OPHQ, à la CACSSS, à la SCCR, à l'OSGE et aux hospitalisations hors Québec.

(3) Incluant les dépenses non attribuables à une région en particulier, mais plutôt à l'ensemble du Québec.

Source: SIFO Système d'information financière et opérationnelle. Statistiques 1985-1986 à 1991-1992. pp. 36 et 79.

Statistique Canada. Recensement canadien 1991. Prévisions démographiques du MSSS (au 1 er juillet 1991).

nécessaires pour en mesurer l'importance relative en dollars et en %. Les colonnes A à N du tableau indiquent d'abord les dépenses en coûts directs bruts en 000 \$ et en % dans les différentes classes d'établissement du réseau sociosanitaire québécois, par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1991-1992. Les colonnes O à R indiquent ensuite le nombre d'habitants qui résident dans chacune de ces régions et la part qu'ils occupent dans l'ensemble de la population du Québec en 1991, selon le recensement canadien et selon les estimations démographiques du MSSS. En comparant ces données entre elles, nous constatons l'existence d'écart importants entre le prorata de la population du Québec qui réside dans chacune de ces régions et la part des dépenses attribuables aux établissements et aux organismes sociosanitaires de leur territoire respectif, par rapport à l'ensemble des dépenses imputables à ces différentes classes d'établissement au Québec.

Prenons, par exemple, le cas du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Par rapport aux effectifs démographiques dénombrés à partir du recensement canadien de 1991 où la région regroupe 4,15 % de la population du Québec, ou encore aux prévisions démographiques du MSSS selon lesquelles la région était censée regrouper 4,27 % de la population du Québec, on constate l'existence d'un écart important entre le % de la population du Québec qui réside dans cette région et la part du budget consacré aux services de santé et aux services sociaux dont disposent les établissements et les organismes sociosanitaires de son territoire. Si on cumule les dépenses des CHSCD, des CHSLD, des CHPSY et des CAH, on constate que la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean reçoit à peine 3,51 % des crédits dépensés dans ces quatre classes d'établissement au Québec, ce qui représente un déficit s'élevant à 0,64 % (3,51% - 4,15 %) par rapport au prorata de la population dénombrée à partir du recensement canadien de 1991, et à 0,76 % (3,51 % - 4,27 %) par rapport aux estimations démographiques du MSSS. Appliqués aux 8 132 165 000 \$ que représente la totalité des dépenses dans ces quatre classes d'établissement au Québec en 1991-1992, ces écarts représentent un manque à gagner régional variant entre 52 045 000 \$ et 61 804 000 \$. Si on additionne aux dépenses des CHSCD, des CHSLD, des CHPSY et des CAH, celles relatives

aux CAR, aux CLSC et aux CSS, on constate que la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean reçoit 3,65 % de la totalité des sommes dépensées dans ces sept classes d'établissement au Québec, ce qui représente un déficit s'élevant à 0,50 % (3,65 % - 4,15 %) par rapport au prorata de la population dénombrée à partir du recensement canadien de 1991, et à 0,62 % (3,65 % - 4,27 %) par rapport aux estimations démographiques du MSSS. Appliqués aux 10 078 394 000 \$ que représente la totalité des dépenses dans ces sept classes d'établissement au Québec en 1991-1992, ces écarts représentent un manque à gagner régional variant entre 50 391 000 \$ et 62 486 000 \$. Si on ajoute, à ces sept classes d'établissement, les dépenses de la RAMQ, on constate que la région reçoit à peine 3,64 % des dépenses totales de la RAMQ et des sept autres classes d'établissement au Québec, ce qui représente un déficit s'élevant à 0,51 % (3,64 % - 4,15 %) par rapport au prorata de la population dénombrée à partir du recensement canadien de 1991, et à 0,63 % (3,64 % - 4,27 %) par rapport aux estimations démographiques du MSSS. Appliqués aux 12 908 590 000 \$ que représente la totalité des crédits dépensés par la RAMQ et ces sept autres classes d'établissement au Québec en 1991-1992, ces écarts représentent un manque à gagner régional variant entre 65 833 000 \$ et 81 324 000 \$. Enfin, si on cumule les dépenses de tous les centres de responsabilité dans toutes les classes d'établissement réunies de la région (CHSCD, CHSLD, CHPSY, CAH, CAR, CLSC, CSS et RAMQ) et qu'on y additionne les autres dépenses relatives à la RSSSS, au MSSS, au FRSQ, au CQRS, aux organismes communautaires, aux familles d'accueil, à l'OPHQ, à la CACSSS, à la SCCR, à l'OSGE et aux hospitalisations hors Québec, on constate que la région ne reçoit que 3,50 % de toutes les dépenses réalisées dans l'ensemble du réseau sociosanitaire au Québec en 1991-1992, ce qui représente un déficit s'élevant à 0,65 % (3,50 % - 4,15 %) par rapport au prorata de la population dénombrée à partir du recensement canadien de 1991, et à 0,77 % (3,50 % - 4,27 %) par rapport aux estimations démographiques du MSSS. Appliqués aux 13 793 634 000 \$ que représente la totalité des crédits dépensés dans l'ensemble du réseau sociosanitaire au Québec en 1991-1992, ces écarts représentent un manque à gagner régional variant entre 89 658 000 \$ et 106 210 000 \$.

Si on applique le même raisonnement aux régions du Bas-St-Laurent, de la Mauricie-Bois-Francs, de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue, de Chaudière-Appalaches, de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie, on observe le même type d'écart entre le pourcentage de la population du Québec qui réside dans chacune de ces régions et la part du budget consacré aux services de santé et aux services sociaux dont disposent les établissements et les organismes sociosanitaires de leur territoire respectif. En comparant la part des sommes dépensées dans l'ensemble des centres de responsabilité de chacune de ces régions, par rapport à l'ensemble des dépenses réalisées dans l'ensemble des centres de responsabilité au Québec en 1991-1992, avec le pourcentage de la population du Québec résidant dans chacune de ces régions selon le recensement canadien de 1991, on constate un déficit s'élevant à 0,11 % (2,82 % - 2,93 %) dans le Bas-St-Laurent, à 1,08 % (5,68 % - 6,76 %) en Mauricie-Bois-Francs, à 0,96 % (3,15 % - 4,11 %) en Outaouais, à 0,10 % (2,10 % - 2,20 %) en Abitibi-Témiscamingue, à 1,59 % (3,75 % - 5,34 %) en Chaudière-Appalaches, à 2,10 % (2,46 % - 4,56 %) dans la région de Laval, à 2,26 % (2,60 % - 4,86 %) dans la région de Lanaudière, à 2,28 % (3,26 % - 5,54 %) dans les Laurentides et à 8,01 % (9,37 % - 17,38 %) en Montérégie. Si l'on applique cette comparaison au prorata de la population du Québec résidant dans chacune de ces régions selon les estimations démographiques du MSSS, au lieu de celles du recensement canadien, on observe alors un déficit s'élevant à 0,31 % (2,82 % - 3,13 %) dans le Bas-St-Laurent, à 1,14 % (5,68 % - 6,82 %) en Mauricie-Bois-Francs, à 0,97 % (3,15 % - 4,12 %) en Outaouais, à 0,12 % (2,10 % - 2,22 %) en Abitibi-Témiscamingue, à 1,70 % (3,75 % - 5,45 %) en Chaudière-Appalaches, à 2,04 % (2,46 % - 4,50 %) dans la région de Laval, à 1,91 % (2,60 % - 4,51 %) dans la région de Lanaudière, à 1,88 % (3,26 % - 5,14 %) dans les Laurentides et à 7,94 % (9,37 % - 17,31 %) en Montérégie. Appliqués aux 13 793 634 000 \$ que représente la totalité des crédits consacrés aux services de santé et aux services sociaux au Québec en 1991-1992, ces écarts, si minimes soient-ils en apparence, représentent un manque à gagner régional variant entre 15 172 000 \$ et 42 760 000 \$ dans le Bas-St-Laurent, entre 148 971 000 \$ et 157 247 000 \$ en Mauricie-Bois-Francs, entre 132 418 000

\$ et 133 798 000 \$ en Outaouais, entre 13 793 000 \$ et 16 552 000 \$ en Abitibi-Témiscamingue, entre 219 318 000 \$ et 234 491 000 \$ en Chaudière-Appalaches, entre 281 390 000 \$ et 289 666 000 \$ dans la région de Laval, entre 263 458 000 \$ et 311 736 000 \$ dans la région de Lanaudière, entre 259 320 000 \$ et 314 494 000 \$ dans les Laurentides et entre 1 095 214 000 \$ et 1 104 870 000 \$ en Montérégie.

Inversement, le tableau 14 montre que la part du budget consacré aux services de santé et aux services sociaux dans les régions de Montréal-Centre et de Québec, en 1991-1992, dépasse largement le prorata de la population du Québec que ces deux mêmes régions regroupent sur leur territoire respectif. Ainsi, comparée aux effectifs démographiques dénombrés à partir du recensement canadien de 1991 où les régions de Montréal-Centre et de Québec regroupent respectivement 25,76 % et 8,93 % de la population du Québec, ou encore aux prévisions démographiques du MSSS selon lesquelles les deux régions étaient censées regrouper respectivement 26,18 % et 8,76 % de la population du Québec, on constate que la part du budget consacré aux services de santé et aux services sociaux dont disposent les établissements et les organismes sociosanitaires de ces deux régions dépasse de façon importante le pourcentage de la population du Québec résidant dans chacune de ces deux régions. Si on cumule les dépenses des CHSCD, des CHSLD, des CHPSY et des CAH, on constate que la région de Montréal-Centre reçoit 40,44 % des crédits dépensés dans ces quatre classes d'établissement au Québec en 1991-1992, ce qui représente un surplus s'élevant à 14,68 % (40,44 % - 25,76 %) par rapport au prorata de la population dénombrée à partir du recensement canadien de 1991, et à 14,26 % (40,44 % - 26,18 %) par rapport aux estimations démographiques du MSSS. Appliqués aux 8 132 165 000 \$ que représente la totalité des dépenses dans ces quatre classes d'établissement au Québec en 1991-1992, ces écarts représentent un surplus financier régional considérable variant entre 1 159 646 000 \$ et 1 193 801 000 \$. Dans la région de Québec, les sommes dépensées dans ces quatre classes d'établissement représentent 12,90 % des dépenses totales imputables à ces quatre classes d'établissement au Québec, ce qui représente un surplus financier

s'élevant à 3,97 % (12,90 % - 8,93 %) par rapport au prorata de la population dénombrée à partir du recensement canadien de 1991, et à 4,14 % (12,90 % - 8,76 %) par rapport aux estimations démographiques du MSSS. Appliqués aux 8 132 165 000 \$ que représente la totalité des dépenses dans ces quatre classes d'établissement au Québec en 1991-1992, ces écarts représentent un surplus financier régional variant entre 322 846 000 \$ et 336 671 000 \$. Si on additionne à ces quatre classes d'établissement, les dépenses relatives aux CAR, aux CLSC et aux CSS, on observe que la région de Montréal-Centre reçoit 38,01 % des crédits dépensés dans ces sept classes d'établissement au Québec en 1991-1992, ce qui représente un surplus s'élevant à 12,25 % (38,01 % - 25,76 %) par rapport au prorata de la population dénombrée à partir du recensement canadien de 1991, et à 11,83 % (38,01 % - 26,18 %) par rapport aux estimations démographiques du MSSS. Appliqués aux 10 078 394 000 \$ que représente la totalité des dépenses dans ces sept classes d'établissement au Québec en 1991-1992, ces écarts représentent un surplus financier régional variant entre 1 192 274 000 \$ et 1 234 603 000 \$. Dans la région de Québec, les sommes dépensées dans ces sept classes d'établissement représentent 12,33 % de celles dépensées dans l'ensemble des centres de responsabilité de ces sept classes d'établissement au Québec en 1991-1992, ce qui représente un surplus financier s'élevant à 3,40 % (12,33 % - 8,93 %) par rapport au prorata de la population dénombrée à partir du recensement canadien de 1991, et à 3,57 % (12,33 % - 8,76 %) par rapport aux estimations démographiques du MSSS. Appliqués aux 10 078 394 000 \$ que représente la totalité des dépenses dans ces sept classes d'établissement au Québec en 1991-1992, ces écarts représentent un surplus financier régional variant entre 342 665 000 \$ et 359 798 000 \$. Si on ajoute, à ces sept classes d'établissement, les dépenses de la RAMQ, on constate que la région de Montréal-Centre reçoit 37,14 % des crédits dépensés dans ces huit classes d'établissement au Québec en 1991-1992, ce qui représente un surplus s'élevant à 11,38 % (37,14 % - 25,76 %) par rapport au prorata de la population dénombrée à partir du recensement canadien de 1991, et à 10,96 % (37,14 % - 26,18 %) par rapport aux estimations démographiques du MSSS. Appliqués aux 12 908 590 000 \$ que représente la totalité des dépenses dans ces huit classes

d'établissement au Québec en 1991-1992, ces écarts représentent un surplus financier régional variant entre 1 414 781 000 \$ et 1 468 997 000 \$. Pour sa part, la région de Québec reçoit 11,87 % des crédits dépensés dans ces huit classes d'établissement au Québec en 1991-1992, ce qui représente un surplus s'élevant à 2,94 % (11,87 % - 8,93 %) par rapport au prorata de la population dénombrée à partir du recensement canadien de 1991, et à 3,11 % (11,87 % - 8,76 %) par rapport aux estimations démographiques du MSSS. Appliqués aux 12 908 590 000 \$ que représente la totalité des dépenses dans ces huit classes d'établissement au Québec en 1991-1992, ces écarts représentent un surplus financier régional variant entre 379 512 000 \$ et 401 457 000 \$. Enfin, si on cumule les dépenses de tous les centres de responsabilité dans toutes les classes d'établissement de ces deux régions (CHSCD, CHSLD, CHPSY, CAH, CAR, CLSC, CSS et RAMQ) et qu'on y additionne les autres dépenses relatives aux RRSSS, au MSSS, au FRSQ, au CQRS, aux organismes communautaires, aux familles d'accueil, à l'OPHQ, à la CACSSS, à la SCCR, à l'OSGE et aux hospitalisations hors Québec, on constate que Montréal-Centre reçoit au total 35,41 % de tous les crédits dépensés dans l'ensemble du réseau sociosanitaire québécois en 1991-1992, ce qui représente un surplus financier s'élevant à 9,65 % (35,41 % - 25,76 %) par rapport au prorata de la population dénombrée à partir du recensement canadien de 1991, et à 9,23 % (35,41 % - 26,18 %) par rapport aux estimations démographiques du MSSS. Appliqués aux 13 793 634 000 \$ que représente la totalité des dépenses dans l'ensemble du réseau sociosanitaire québécois en 1991-1992, ces écarts représentent un surplus financier régional considérable variant entre 1 273 152 000 \$ et 1 331 085 000 \$. En ce qui concerne la région de Québec, celle-ci reçoit au total 11,30 % de tous les crédits dépensés dans l'ensemble du réseau sociosanitaire québécois en 1991-1992, ce qui représente un surplus financier de 2,37 % (11,30 % - 8,93 %) par rapport au prorata de la population dénombrée à partir du recensement canadien de 1991, et à 2,54 % (11,30 % - 8,76 %) par rapport aux estimations démographiques du MSSS. Appliqués aux 13 793 634 000 \$ que représente la totalité des crédits dépensés en services de santé et en services sociaux au Québec en 1991-

1992, ces écarts représentent un surplus financier régional important variant entre 326 909 000 \$ et 350 358 000 \$.

Selon ces mêmes statistiques, la région de la Côte-Nord semble également dans une situation financière excédentaire par rapport au prorata de la population du Québec qu'elle regroupe sur son territoire. En effet, comparé aux effectifs démographiques dénombrés à partir du recensement canadien de 1991 où la région regroupe 1,50 % de la population du Québec, ou encore aux prévisions démographiques du MSSS selon lesquelles la région était censée regrouper 1,52 % de la population du Québec, on constate que les établissements et les organismes sociosanitaires de cette région disposent d'une part du budget consacré aux services de santé et aux services sociaux au Québec, qui dépasse celle de la population du Québec qui réside sur son territoire. Si on cumule, comme on l'a fait pour les autres régions, les dépenses de tous les centres de responsabilité dans toutes les classes d'établissement réunies de cette région (CHSCD, CHSLD, CHPSY, CAH, CAR CLSC, CSS et RAMQ) et qu'on y additionne les autres dépenses relatives à des activités connexes qui ne sont pas imputables à une classe d'établissement ou à un centre de responsabilité en particulier, on constate que la région reçoit au total 1,60 % de tous les crédits dépensés dans l'ensemble du réseau sociosanitaire québécois en 1991-1992, ce qui représente un surplus financier s'élevant à 0,10 % (1,60 % - 1,50 %) par rapport au prorata de la population dénombrée à partir du recensement canadien de 1991, et à 0,08 % (1,60 % - 1,52 %) par rapport aux estimations démographiques du MSSS. Appliqués aux 13 793 634 000 \$ que représente la totalité des dépenses dans l'ensemble du réseau sociosanitaire québécois en 1991-1992, ces écarts représentent un surplus financier régional variant entre 11 034 000 \$ et 13 793 000 \$. Ce surplus financier doit cependant être pondéré en fonction des particularités propres à cette région et à celles de son espèce. Comme nous le verrons au chapitre six, celle-ci fait partie des régions nordiques situées à la frange du noyau habité du Québec et dont les habitants sont plus dispersés dans l'espace que dans les autres régions du Québec. Comme le montrent les colonnes N et O du tableau 15, elle fait également partie des régions où les

TABLEAU 15

Répartition des dépenses de services et des dépenses de soutien (1) en 000 \$ (pour l'ensemble des centres de responsabilité)
par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec, en 1991-1992

Régions sociosanitaires	Dépenses de services (domaines 1 à 7)						
	Activités préventives	Activités diagnostiques	Activités thérapeutiques physiques	Activités thérapeutiques psychiques	Activités de réadaptation	Activités de soutien et de protection	Activités de maintien en milieu naturel
A	B	C	D	E	F	G	
01-Bas-St-Laurent	14 267	31 061	138 577	11 036	25 697	20 987	14 938
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	14 786	40 964	190 249	16 319	34 572	11 871	16 001
03-Québec	36 184	151 971	558 134	60 468	127 277	54 311	46 364
04-Mauricie-Bois-Francs	18 104	56 154	276 961	39 625	48 428	38 411	37 396
05-Estrie	14 338	47 222	196 771	16 930	37 389	19 078	26 264
06-Montréal-Centre	107 804	452 435	1 746 214	246 855	329 881	174 703	141 168
07-Outaouais	11 627	32 194	153 007	17 275	35 620	16 162	19 873
08-Abitibi-Témiscamingue	14 509	21 484	91 331	11 457	24 015	10 524	10 826
09-Côte-Nord	11 740	17 079	64 024	4 988	15 344	5 968	5 594
10-Nord-du-Québec	1 811	2 864	11 542	317	841	906	895
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	12 658	13 323	68 066	7 498	13 534	9 522	9 737
12-Chaudière-Appalaches	18 282	38 135	193 703	18 801	30 446	29 682	23 615
13-Laval	11 644	27 213	112 265	5 997	45 698	20 031	19 551
14-Lanaudière	10 651	27 254	128 563	17 667	29 266	22 532	17 038
15-Laurentides	16 820	34 673	156 094	15 265	39 829	21 808	21 236
16-Montérégie	45 714	109 082	491 083	40 923	92 116	69 353	58 714
17-Katik	1 550	995	10 305	256	706	1 933	1 350
18-Terres-Cries-de-la-Bale-James	2 276	2 071	7 217	182	1 242	809	1 754
Ensemble du Québec (2)	367 313	1 107 071	4 618 641	533 987	953 478	669 317	488 685

(1) Il s'agit des dépenses brutes qui ne tiennent pas compte des revenus réalisés par les établissements.

(2) Incluant les dépenses non attribuables à une région en particulier, mais plutôt à l'ensemble du Québec.

Source: SIFO Système d'information financière et opérationnelle. Statistiques 1985-1986 à 1991-1992. pp. 93-100.

TABLEAU 15 (suite et fin)

Répartition des dépenses de services et des dépenses de soutien (1) en 000 \$ (pour l'ensemble des centres de responsabilité)
par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec, en 1991-1992

Régions sociosanitaires	Dépenses de soutien (domaines 8, 9 et 11)			Sous-total	Sous-total	Grand total	Rapport en %	
	Activités d'appoint	Activités administratives	Autres Activités	dépenses de services en 000 \$	dépenses de soutien en 000 \$	ensemble des dépenses en 000 \$	dépenses de services/ensemble des dépenses K / M N	dépenses de soutien/ensemble des dépenses L / M O
	H	I	J	K	L	M		
01-Bas-St-Laurent	65 794	48 714	17 554	256 563	132 062	388 625	66,02	33,98
02-Saguenay-Lac-saint-Jean	75 135	57 610	25 446	324 762	158 191	482 953	67,25	32,75
03-Québec	288 726	150 094	85 514	1 034 709	524 334	1 559 043	66,37	33,63
04-Mauricie-bois-francs	125 809	92 294	49 918	515 079	268 021	783 100	65,77	34,23
05-Estrée	102 324	60 385	20 300	357 992	183 009	541 001	66,17	33,83
06-Montréal-Centre	891 554	506 795	287 077	3 199 060	1 685 426	4 884 486	65,49	34,51
07-Outaouais	60 374	53 561	34 774	285 758	148 709	434 467	65,77	34,23
08-Abitibi-Témiscamingue	47 689	38 859	19 444	184 146	105 992	290 138	63,47	36,53
09-Côte-Nord	40 555	29 622	25 366	124 737	95 543	220 280	56,63	43,37
10-Nord-du-Québec	5 202	6 268	1 666	19 176	13 136	32 312	59,35	40,65
11-Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	36 416	31 648	13 517	134 338	81 581	215 919	62,22	37,78
12-Chaudière-Appalaches	83 465	56 456	25 266	352 664	165 187	517 851	68,10	31,90
13-Laval	50 244	34 822	11 925	242 399	96 991	339 390	71,42	28,58
14-Lanaudière	53 570	36 667	15 127	252 973	105 364	358 337	70,60	29,40
15-Laurentides	67 359	51 137	25 225	305 725	143 721	449 446	68,02	31,98
16-Montérégie	182 241	140 833	62 717	906 985	385 791	1 292 776	70,16	29,84
17-Kativik	10 662	5 738	4 007	17 095	20 407	37 502	45,58	54,42
18-Terres-Cries-de-la-Bale-James	7 730	6 426	5 218	15 551	19 374	34 925	44,53	55,47
Ensemble du Québec (2)	2 238 481	1 590 159	1 226 507	8 738 492	5 055 147	13 793 639	63,35	36,65

(1) Il s'agit des dépenses brutes qui ne tiennent pas compte des revenus réalisés par les établissements.

(2) Incluant les dépenses non attribuables à une région en particulier, mais plutôt à l'ensemble du Québec.

dépenses de soutien (principalement les dépenses administratives) occupent la plus grande part parmi l'ensemble des dépenses, par rapport aux dépenses de services, à cause notamment des différentes mesures visant à attirer du personnel dans ces régions, comme les primes d'éloignement, et de la dispersion de la population sur le territoire qui entraîne des coûts de production plus élevés. On constate, en effet, que les régions de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec, ainsi que les territoires autochtones de Kativik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, consacrent moins de 60 % de leurs dépenses aux services, contrairement aux régions de Laval, de Lanaudière et de la Montérégie qui, malgré ou en raison d'importants manques à gagner, sont celles qui consacrent la plus grande part de leurs dépenses aux services, soit plus de 70 %. Il en va de même en ce qui concerne la région de la Gaspésie et des Iles-de-la-Madeleine qui reçoit au total 1,56 % de tous les crédits dépensés dans l'ensemble du réseau sociosanitaire québécois en 1991-1992, alors qu'elle regroupe, sur son territoire, que 1,53 % de la population du Québec selon le recensement canadien de 1991, ce qui représente un léger surplus de 0,03 % (1,56 % - 1,53 %) par rapport au prorata de la population. Appliqué aux 13 793 634 000 \$ que représente la totalité des dépenses dans l'ensemble du réseau sociosanitaire québécois en 1991-1992, il s'agit d'un surplus financier d'à peine 4 138 000 \$. Par contre, par rapport aux prévisions démographiques du MSSS selon lesquelles elle était censée regrouper 1,64 % de la population du Québec, on constate alors un déficit s'élevant 0,08 % (1,56 % - 1,64 %) plutôt qu'un surplus, ce qui représente alors un manque à gagner d'environ 11 034 000 \$. Quant à la région de l'Estrie, celle-ci semble presque en situation d'équilibre. Alors que le prorata de la population du Québec résidant dans cette région varie entre 3,90 % (selon les effectifs démographiques dénombrés à partir du recensement canadien de 1991) et 3,89 % (selon les prévisions démographiques du MSSS), cette dernière reçoit au total 3,92 % de tous les crédits dépensés dans l'ensemble du réseau sociosanitaire québécois en 1991-1992, ce qui représente un écart s'élevant à peine à 0,02 % (3,92 % - 3,90 %) par rapport au prorata de la population dénombrée à partir du recensement, et à 0,03 % (3,92 % - 3,89 %) par rapport aux estimations démographiques du MSSS. Appliqués aux 13 793 634 000 \$ que représente la

TABLEAU 16

Synthèse des manques à gagner ou des surplus financiers, par région sociosanitaire en 1991-1992
(excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

Régions sociosanitaires	Coûts directs bruts en 1991-1992 (1) (en %)	Population totale en 1991 (en %)		Écart entre les dépenses totales brutes et la population régionale (en %)		Manque à gagner ou surplus financier régional (en millions de \$) par rapport à l'ensemble des crédits dépensés au Québec en 1991-1992	
		Selon le recensement canadien	Selon les prévisions du MSSS	Sur la base du recensement de 1991 D = A - B	Sur la base des prévisions du MSSS E = A - C	Par rapport à D F = (D x 13 793 634 000) / 100	Par rapport à E G = (E x 13 793 634 000) / 100
		A	B	C	D	E	F
01-Bas-St-Laurent	2,82	2,93	3,13	-0,11	-0,31	-15 172	-42 760
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	3,50	4,15	4,27	-0,65	-0,77	-89 658	-106 210
03-Québec	11,30	8,93	8,76	2,37	2,54	326 909	350 358
04-Mauricie-Bois-Francs	5,68	6,76	6,82	-1,08	-1,14	-148 971	-157 247
05-Estrie	3,92	3,90	3,89	0,02	0,03	2 758	4 138
06-Montréal-Centre	35,41	25,76	26,18	9,65	9,23	1 331 085	1 273 152
07-Outaouais	3,15	4,11	4,12	-0,96	-0,97	-132 418	-133 798
08-Abitibi-Témiscamingue	2,10	2,20	2,22	-0,10	-0,12	-13 793	-16 552
09-Côte-Nord	1,60	1,50	1,52	0,10	0,08	13 793	11 034
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1,56	1,53	1,64	0,03	-0,08	4 138	-11 034
12-Chaudière-Appalaches	3,75	5,34	5,45	-1,59	-1,70	-219 318	-234 491
13-Laval	2,46	4,56	4,50	-2,10	-2,04	-289 666	-281 390
14-Lanaudière	2,60	4,86	4,51	-2,26	-1,91	-311 736	-263 458
15-Laurentides	3,26	5,54	5,14	-2,28	-1,88	-314 494	-259 320
16-Montérégie	9,37	17,38	17,31	-8,01	-7,94	-1 104 870	-1 095 214

(1) Incluant les dépenses de fonctionnement des régies régionales et du MSSS, ainsi que celles relatives au FRSQ, au CQRS, aux organismes communautaires, aux familles d'accueil, à l'OPHQ, à la CACSSS, à la SCCR, à l'OSGE et aux hospitalisations hors Québec.

Source: SIFO Système d'information financière et opérationnelle. Statistiques 1985-1986 à 1991-1992. pp. 36 et 79.

Statistique Canada. Recensement canadien 1991. Prévisions démographiques du MSSS (au 1 er juillet 1991)

totalité des dépenses dans l'ensemble du réseau sociosanitaire québécois en 1991-1992, ces écarts représentent un léger surplus variant à peine entre 2 758 000 \$ et 4 138 000 \$.

4.3 - Profil des niveaux de sous-financement ou de sur-financement des régions sociosanitaires au Québec:

Les tableaux 17, 18, 19, 21 et 22 présentent une autre manière de voir les choses, en mettant en évidence les niveaux de sous-financement ou de sur-financement des établissements et des organismes sociosanitaires dans chacune des régions sociosanitaires au Québec, sur la base d'une comparaison entre le volume total des dépenses per capita dans l'ensemble des centres de responsabilité dans chacune de ces régions et le montant total des dépenses per capita dans l'ensemble des centres de responsabilité au Québec, par rapport aux populations régionales à desservir. Rappelons que ces tableaux ont été construits à partir d'un modèle conçu et réalisé par la direction des priorités et de l'évaluation de la RSSSS-02 et utilisé lors de l'étude sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Les lignes 1 et 2 de ces tableaux indiquent les dépenses brutes per capita pour l'ensemble des centres de responsabilité dans toutes les classes d'établissement réunies de chaque région (ligne 1) et dans l'ensemble du Québec (ligne 2). La ligne 3 mesure, en %, l'écart observé entre les dépenses per capita dans chaque région durant l'année financière en cours et les dépenses per capita dans l'ensemble du Québec durant cette même année. La ligne 4 indique le rang des régions classées d'après leur écart par rapport au per capita provincial, le rang 1 indiquant la région où l'écart est le moins élevé. La ligne 5 indique le nombre d'habitants dans chaque région selon le recensement canadien ou selon les prévisions démographiques du MSSS. La ligne 6 mesure, en dollars, le niveau de sous-financement ou de sur-financement de chaque région par rapport à la population à desservir qu'elle regroupe sur son territoire. Ce résultat est obtenu en soustrayant les dépenses per capita de chaque région (ligne 1) de celles de l'ensemble du Québec (ligne 2), puis en multipliant le résultat obtenu par le nombre d'habitants résidant dans la région concernée (ligne 5). La ligne 7 indique le

rang des régions classées d'après leur niveau de sous-financement ou de sur-financement, le rang 1 indiquant celle où le niveau de sous-financement est le plus élevé par rapport à la population à desservir qu'elle regroupe sur son territoire.

Le premier de ces cinq tableaux présente les dépenses brutes totales per capita dans l'ensemble des centres de responsabilité de chaque région et dans l'ensemble du Québec en 1990-1991, sur la base des populations régionales estimées par le MSSS au 1^{er} juillet 1992 à partir de ses propres prévisions démographiques. Ces statistiques proviennent de la même source de données que celle utilisée en 1993 lors de l'étude sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Il s'agit d'un document intitulé « Le système sociosanitaire québécois en quelques chiffres », publié en 1992 par la direction générale de la planification et de l'évaluation du MSSS²³¹. Pour des raisons stratégiques évidentes, les auteurs de cette étude ont jugé préférable d'utiliser les chiffres reconnus et utilisés par le MSSS, et de se battre sur son propre terrain. Ainsi, en utilisant les données rendues publiques par le MSSS lui-même, ils étaient convaincus que les politiciens et les fonctionnaires du ministère ne pourraient pas réfuter leurs arguments concernant les disparités dans le financement des établissements et des organismes sociosanitaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Puisqu'ils utilisaient les chiffres du ministère, celui-ci ne pourrait pas prétendre que ces derniers n'étaient pas bons. En comparant les dépenses per capita dans chaque classe d'établissement de la région avec la totalité des dépenses per capita dans l'ensemble du Québec, pour chacune des classes d'établissement correspondante, ils en sont arrivés à la conclusion, qu'à l'exception des CAR, les niveaux de financement ou de dépenses per capita de toutes les autres classes d'établissement (CHSCD, CHSLD, CHPSY, RAMQ, CAH, CLSC, CSS et autres) étaient tous inférieur au per capita provincial. Seuls les CAR semblaient bénéficier d'un niveau de financement ou de dépenses per capita supérieur au per capita provincial. Ils

²³¹ St-Pierre, Marc-André; Beaupré, Michel; Blondeau, Michel; Côté, Ronald; Pelletier, Gilles; et al. Le système sociosanitaire québécois en quelques chiffres. Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992. 102 pages.

TABLEAU 17

Dépenses (1) totales per capita (pour l'ensemble des centres de responsabilité) par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1990-1991 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

	Bas-St-Laurent A	Saguenay- Lac-St-Jean B	Québec C	Mauricie- Bois-Francs D	Estrie E	Montréal- Centre F	Outaouais G	Abitibi- Témiscamingue H
L1: Total des dépenses dans la région	1 592,73	1 453,95	2 304,96	1 459,77	1 830,63	2 475,31	1 379,34	1 698,48
L2: Total des dépenses au Québec	1 892,10	1 892,10	1 892,10	1 892,10	1 892,10	1 892,10	1 892,10	1 892,10
L3: Écart au per capita (L1 / L2) x 100	84,2	76,8	121,8	77,2	96,7	130,8	72,9	89,8
L4: Rang de la région selon l'écart au per capita (L3)	9	7	14	8	13	15	6	11
L5: Pop. totale de la région en 1992 selon les prévisions du MSSS	219 224	298 934	614 033	479 123	273 090	1 836 204	291 996	155 808
L6: Sous-financement ou sur-financement en millions de \$ (L1 - L2) x L5	-65 629	-130 977	253 509	-207 139	-16 786	1 070 892	-149 723	-30 167
L7: Rang de la région selon son niveau de financement (L6)	9	8	14	6	12	15	7	10

Source: Base de données SIFO, 1990-1991. Prévisions démographiques du MSSS (au 1 er juillet 1992).

(1) Il s'agit des dépenses brutes, qui ne tiennent pas compte des revenus réalisés par les établissements.

TABLEAU 17(suite et fin)

Dépenses (1) totales per capita (pour l'ensemble des centres de responsabilité) par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1990-1991 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

	Côte-Nord I	Gaspésie-Îles- de-la-Madeleine J	Chaudière- Appalaches K	Laval L	Lanaudière M	Laurentides N	Montérégie O
L1: Total des dépenses dans la région	1 782,09	1 694,96	1 261,05	1 048,44	1 057,65	1 147,10	990,52
L2: Total des dépenses au Québec	1 892,10	1 892,10	1 892,10	1 892,10	1 892,10	1 892,10	1 892,10
L3: Écart au per capita (L1 / L2) x 100	94,2	89,6	66,6	55,4	55,9	60,6	52,4
L4: Rang de la région selon l'écart au per capita (L3)	12	10	5	2	3	4	1
L5: Pop. totale de la région en 1992 selon les prévisions du MSSS	105 760	114 942	383 429	318 573	320 505	365 369	1 226 025
L6: Sous-financement ou sur-financement en millions de \$ (L1 - L2) x L5	-11 634	-22 659	-241 962	-268 767	-267 445	-272 199	-1 105 359
L7: Rang de la région selon son niveau de financement (L6)	13	11	5	3	4	2	1

Source: Base de données SIFO, 1990-1991. Prévisions démographiques du MSSS (au 1 er juillet 1992).

(1) Il s'agit des dépenses brutes, qui ne tiennent pas compte des revenus réalisés par les établissements.

ont également calculé que le niveau de financement ou de dépenses per capita global de la région (c'est-à-dire pour l'ensemble des centres de responsabilité dans toutes les classes d'établissement réunies) représentait seulement 76,8 % des dépenses per capita dans l'ensemble des centres de responsabilité au Québec en 1990-1991, et que par rapport aux 298 934 individus qui étaient censés habiter dans la région en 1992, selon les estimations démographiques du MSSS, cet écart entre le niveau de financement global de la région et celui de l'ensemble du Québec s'élevait à 130 977 000 \$.

Le tableau 17 reprend ce modèle, mais en l'appliquant à l'ensemble des régions sociosanitaires et ce, pour l'ensemble des centres de responsabilité dans toutes les classes d'établissement réunies, à partir des statistiques financières et démographiques publiées par le MSSS dans le document auquel font référence les auteurs de l'étude sur le « bilan-dollars ». En examinant les lignes 6 et 7 du tableau, on constate que la région de la Montérégie occupe le 1 er rang des régions classées d'après leur niveau de sous-financement, avec un manque à gagner régional se chiffrant à environ 1 105 359 000 \$, alors que la région de Montréal-Centre est celle qui occupe le 1 er rang des régions classées d'après leur niveau de sur-financement, avec un surplus financier se chiffrant à environ 1 070 892 000 \$. Quant aux tableaux 18 et 19, ils reprennent exactement le même modèle que le tableau précédent, mais en se basant sur des données qui diffèrent de celles du tableau 17. On constate, en effet, que les dépenses per capita qui apparaissent aux lignes 1 et 2 des tableaux 18 et 19 sont celles de l'année financière débutant le 1 er avril 1991 et se terminant le 31 mars 1992, et qu'elles proviennent directement du système d'information financière et opérationnelle (SIFO) du MSSS ²³². Par ailleurs, les dépenses per capita apparaissant dans ces deux tableaux ne sont pas calculées sur la base des effectifs démographiques estimés pour chaque région en 1992 selon les prévisions démographiques du MSSS. Dans le tableau

²³² St-Pierre, Marc-André; Beaupré, Michel; Chouinard, Marthe; et al. SIFO: Système d'information financière et opérationnelle: Statistiques 1985-1986 à 1991-1992. Québec, Service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Septembre 1993. p. 37.

TABLEAU 18

Dépenses (1) totales per capita (pour l'ensemble des centres de responsabilité) par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1991-1992 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

		Bas-St-Laurent A	Saguenay- Lac-St-Jean B	Québec C	Mauricie- Bois-Francs D	Estrie E	Montréal- Centre F	Outaouais G	Abitibi- Témiscamingue H
L1:	Total des dépenses dans la région	1 774,94	1 618,23	2 544,32	1 640,73	1 989,49	2 667,26	1 508,10	1 869,54
L2:	Total des dépenses au Québec	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86
L3:	Écart au per capita (L1 / L2) x 100	90,0	82,1	129,0	83,2	100,9	135,3	76,5	94,8
L4:	Rang de la région selon l'écart au per capita (L3)	9	7	14	8	12	15	6	10
L5:	Pop. totale de la région en 1991 selon les prévisions du MSSS	218 950	298 447	612 753	477 290	271 928	1 831 278	288 090	155 192
L6:	Sous-financement ou sur-financement en millions de \$ (L1 - L2) x L5	-43 115	-105 539	350 776	-158 045	4 794	1 273 470	-133 604	-15 879
L7:	Rang de la région selon son niveau de financement (L6)	9	8	14	6	12	15	7	10

Source: Base de données SIFO, 1991-1992. Prévisions démographiques du MSSS (au 1 er juillet 1991).

(1) Il s'agit des dépenses brutes, qui ne tiennent pas compte des revenus réalisés par les établissements.

TABLEAU 18 (suite et fin)

Dépenses (1) totales per capita (pour l'ensemble des centres de responsabilité) par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1991-1992 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

	Côte-Nord I	Gaspésie-Îles- de-la-Madeleine J	Chaudière- Appalaches K	Laval L	Lanaudière M	Laurentides N	Montérégie O
L1: Total des dépenses dans la région	2 074,31	1 875,43	1 359,31	1 079,09	1 136,32	1 248,93	1 067,53
L2: Total des dépenses au Québec	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86
L3: Ecart au per capita (L1 / L2) x 100	105,2	95,1	68,9	54,7	57,6	63,3	54,1
L4: Rang de la région selon l'écart au per capita (L3)	13	11	5	2	3	4	1
L5: Pop. totale de la région en 1991 selon les prévisions du MSSS	106 195	115 130	380 965	314 518	315 349	359 867	1 210 996
L6: Sous-financement ou sur-financement en millions de \$ (L1 - L2) x L5	10 879	-11 101	-233 360	-280 792	-263 486	-260 158	-1 095 140
L7: Rang de la région selon son niveau de financement (L6)	13	11	5	2	3	4	1

Source: Base de données SIFO, 1991-1992. Prévisions démographiques du MSSS (au 1 er juillet 1991).

(1) Il s'agit des dépenses brutes, qui ne tiennent pas compte des revenus réalisés par les établissements.

TABLEAU 19

Dépenses (1) totales per capita (pour l'ensemble des centres de responsabilité) par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1991-1992 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

	Bas-St-Laurent A	Saguenay- Lac-St-Jean B	Québec C	Mauricie- Bois-Francs D	Estrie E	Montréal- Centre F	Outaouais G	Abitibi- Témiscamingue H
L1: Total des dépenses dans la région	1 774,94	1 618,23	2 544,32	1 640,73	1 989,49	2 667,26	1 508,10	1 869,54
L2: Total des dépenses au Québec	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86
L3: Ecart au per capita (L1 / L2) x 100	90,0	82,1	129,0	83,2	100,9	135,3	76,5	94,8
L4: Rang de la région selon l'écart au per capita (L3)	9	7	14	8	12	15	6	10
L5: Pop. totale de la région en 1991 selon le recensement canadien	202 040	286 145	615 830	466 225	269 165	1 775 860	283 235	151 978
L6: Sous-financement ou sur-financement en millions de \$ (L1 - L2) x L5	-39 785	-101 189	352 538	-154 381	4 745	1 234 933	-131 353	-15 550
L7: Rang de la région selon son niveau de financement (L6)	9	8	14	6	12	15	7	10

Source: Base de données SIFO, 1991-1992. Statistique Canada. Recensement canadien 1991.

(1) Il s'agit des dépenses brutes, qui ne tiennent pas compte des revenus réalisés par les établissements.

TABLEAU 19 (suite et fin)

Dépenses (1) totales per capita (pour l'ensemble des centres de responsabilité) par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1991-1992 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

	Côte-Nord I	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine J	Chaudière-Appalaches K	Laval L	Lanaudière M	Laurentides N	Montérégie O
L1: Total des dépenses dans la région	2 074,31	1 875,43	1 359,31	1 079,09	1 136,32	1 248,93	1 067,53
L2: Total des dépenses au Québec	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86	1 971,86
L3: Ecart au per capita (L1 / L2) x 100	105,2	95,1	68,9	54,7	57,6	63,3	54,1
L4: Rang de la région selon l'écart au per capita (L3)	13	11	5	2	3	4	1
L5: Pop. totale de la région en 1991 selon le recensement canadien	103 425	105 740	367 910	314 400	334 995	381 695	1 198 100
L6: Sous-financement ou sur-financement en millions de \$ (L1 - L2) x L5	10 595	-10 196	-225 363	-280 686	-279 901	-275 938	-1 083 477
L7: Rang de la région selon son niveau de financement (L6)	13	11	5	2	3	4	1

Source: Base de données SIFO, 1991-1992. Statistique Canada. Recensement canadien, 1991.

(1) Il s'agit des dépenses brutes, qui ne tiennent pas compte des revenus réalisés par les établissements.

18, elles sont calculées sur la base des populations régionales prévues pour 1991, au lieu de celles de 1992, alors que dans le tableau 19, elles sont calculées sur la base des populations régionales dénombrées à partir du recensement canadien de 1991. Puisque nous avons établi, au chapitre 3, que les modèles de prévisions démographiques élaborés par le MSSS au cours des vingt-cinq dernières années sont erronés, il est préférable de retenir les niveaux de dépenses per capita calculés sur la base des effectifs démographiques régionaux dénombrés à partir du recensement canadien et présentés dans le tableau 19. Enfin, puisque nous avons établi que les dépenses consacrées aux services de santé et aux services sociaux ont progressé de façon constante, comme le montre le tableau 20, et que les enveloppes budgétaires destinées au financement des établissements et des organismes du réseau sont récurrentes, et que ceci a pour effet de rendre récurrentes les disparités interrégionales dans ce champ de dépenses, il est pertinent de vérifier cette hypothèse en prenant les dépenses per capita et les niveaux de sous-financement ou de sur-financement des régions d'une année financière antérieure, et en traçant un parallèle avec ceux de 1991-1992. Pour ce faire, nous prendrons les dépenses consacrées aux services de santé et aux services sociaux en 1986-1987 et présentées aux tableaux 21 et 22, la seule différence entre les deux consistant encore une fois aux populations régionales sur lesquelles sont calculés les dépenses per capita et les niveaux de sous-financement ou de sur-financement des régions, ceux du tableau 21 faisant référence aux prévisions démographiques du MSSS pour 1986, et ceux du tableau 22 se basant sur les populations régionales dénombrées à partir du recensement canadien de 1986.

4.4 - Synthèse des inégalités observées dans la répartition interrégionale des ressources financières:

Une synthèse des résultats obtenus aux lignes 6 et 7 des tableaux 17, 18, 19, 21 et 22 est reproduite au tableau 23 et permet de suivre l'évolution des manques à gagner et des surplus financiers des régions de 1986-1987 à 1991-1992, de même que les fluctuations des montants auxquels se chiffrent ces déficits et ces surplus durant cette période. En

TABLEAU 20

Évolution des dépenses (1) totales (2) (pour l'ensemble des centres de responsabilité) en 000 \$ et en % par région sociosanitaire de 1986-1987 à 1991-1992 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

Régions sociosanitaires	Années financières (du 1 er avril au 31 mars)											
	1986-1987		1987-1988		1988-1989		1989-1990		1990-1991		1991-1992	
	en 000 \$	en %	en 000 \$	en %	en 000 \$	en %	en 000 \$	en %	en 000 \$	en %	en 000 \$	en %
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
01-Bas-St-Laurent	237 066	2,57	260 349	2,55	291 312	2,64	310 345	2,61	349 453	2,76	388 623	2,82
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	307 768	3,34	345 071	3,38	370 577	3,36	399 239	3,36	433 059	3,42	482 955	3,50
03-Québec	992 278	10,77	1 107 002	10,86	1 182 301	10,72	1 283 137	10,81	1 411 035	11,16	1 559 041	11,30
04-Mauricie-Bois-Francs	497 746	5,40	550 016	5,39	597 035	5,41	637 794	5,37	694 199	5,49	783 105	5,68
05-Estrie	348 561	3,78	385 002	3,78	422 821	3,83	453 599	3,82	495 777	3,92	541 001	3,92
06-Montréal-Centre	3 203 628	34,78	3 525 957	34,58	3 808 789	34,54	4 084 512	34,42	4 528 475	35,81	4 884 486	35,40
07-Outaouais	265 121	2,88	299 058	2,93	319 626	2,90	356 139	3,00	392 391	3,10	434 468	3,15
08-Abitibi-Témiscamingue	180 429	1,96	206 683	2,03	222 849	2,02	241 434	2,03	262 710	2,08	290 138	2,10
09-Côte-Nord	136 094	1,48	150 874	1,48	161 909	1,47	177 390	1,49	190 192	1,50	220 281	1,60
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	132 181	1,43	145 414	1,43	159 988	1,45	173 869	1,46	194 260	1,54	215 918	1,57
12-Chaudière-Appalaches	374 174	4,06	409 293	4,01	436 129	3,96	473 107	3,99	475 379	3,76	517 849	3,75
13-Laval	255 078	2,77	287 480	2,82	319 298	2,90	352 059	2,97	316 761	2,50	339 392	2,46
14-Lanaudière	263 629	2,86	246 079	2,41	266 854	2,42	299 564	2,52	327 811	2,59	358 337	2,60
15-Laurentides	257 609	2,80	296 562	2,91	331 150	3,00	363 394	3,06	406 770	3,22	449 448	3,26
16-Montérégie	800 789	8,69	876 854	8,60	966 581	8,77	1 086 932	9,16	1 185 369	9,37	1 292 771	4,37
Ensemble du Québec (3)	9 211 700	100,00	10 196 434	100,00	11 026 647	100,00	11 868 313	100,00	12 646 269	100,00	13 793 638	100,00

(1) Il s'agit des dépenses brutes qui ne tiennent pas compte des revenus réalisés par les établissements.

(2) Incluant les dépenses de fonctionnement des régies régionales et du MSSS, ainsi que celles relatives au FRSQ, au CQRS, aux organismes communautaires, aux familles d'accueil, à l'OPHQ, à la CACSSS, à la SCCR, à l'OSGE et aux hospitalisations hors Québec.

(3) Incluant les dépenses non attribuables à une région en particulier, mais plutôt à l'ensemble du Québec.

TABLEAU 21

Dépenses (1) totales per capita (pour l'ensemble des centres de responsabilité) par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1986-1987 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

	Bas-St-Laurent A	Saguenay- Lac-St-Jean B	Québec C	Mauricie- Bois-Francs D	Estrie E	Montréal- Centre F	Outaouais G	Abitibi- Témiscamingue H
L1: Total des dépenses dans la région	1 091,50	1 043,61	1 638,97	1 063,60	1 311,04	1 771,35	1 000,01	1 191,70
L2: Total des dépenses au Québec	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64
L3: Ecart au per capita (L1 / L2) x 100	80,0	76,5	120,1	77,9	96,1	129,8	73,3	87,3
L4: Rang de la région selon l'écart au per capita (L3)	9	7	14	8	13	15	5	11
L5: Pop. totale de la région en 1986 selon les prévisions du MSSS	217 193	294 907	605 426	467 981	265 866	1 808 576	265 119	151 405
L6: Sous-financement ou sur-financement en millions de \$ (L1 - L2) x L5	-59 324	-94 673	166 086	-140 881	-14 250	735 565	-96 670	-26 183
L7: Rang de la région selon son niveau de financement (L6)	9	8	14	4	12	15	7	11

Source: Base de données SIFO, 1986-1987. Prévisions démographiques du MSSS (au 1 er juillet 1986).

(1) Il s'agit des dépenses brutes, qui ne tiennent pas compte des revenus réalisés par les établissements.

TABLEAU 21 (suite et fin)

Dépenses (1) totales per capita (pour l'ensemble des centres de responsabilité) par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1986-1987 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

	Côte-Nord I	Gaspésie-Îles- de-la-Madeleine J	Chaudière- Appalaches K	Laval L	Lanaudière M	Laurentides N	Montérégie O
L1: Total des dépenses dans la région	1 256,20	1 138,77	1 017,06	868,89	915,11	778,28	707,67
L2: Total des dépenses au Québec	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64
L3: Ecart au per capita (L1 / L2) x 100	92,1	83,4	74,5	63,7	67,1	57,0	51,9
L4: Rang de la région selon l'écart au per capita (L3)	12	10	6	3	4	2	1
L5: Pop. totale de la région en 1986 selon les prévisions du MSSS	108 338	116 073	367 896	293 568	288 086	330 996	1 131 584
L6: Sous-financement ou sur-financement en millions de \$ (L1 - L2) x L5	-11 748	-26 217	-127 873	-145 536	-129 503	-194 082	-743 416
L7: Rang de la région selon son niveau de financement (L6)	13	10	6	3	5	2	1

Source: Base de données SIFO, 1986-1987. Prévisions démographiques du MSSS (au 1 er juillet 1986).

(1) Il s'agit des dépenses brutes, qui ne tiennent pas compte des revenus réalisés par les établissements.

TABLEAU 22

Dépenses (1) totales per capita (pour l'ensemble des centres de responsabilité) par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1986-1987 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

	Bas-St-Laurent A	Saguenay- Lac-St-Jean B	Québec C	Mauricie- Bois-Francs D	Estrie E	Montréal- Centre F	Outaouais G	Abitibi- Témiscamingue H
L1: Total des dépenses dans la région	1 091,50	1 043,61	1 638,97	1 063,60	1 311,04	1 771,35	1 000,01	1 191,70
L2: Total des dépenses au Québec	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64
L3: Écart au per capita (L1 / L2) x 100	80,0	76,5	120,1	77,9	96,1	129,8	73,3	87,3
L4: Rang de la région selon l'écart au per capita (L3)	9	7	14	8	13	15	5	11
L5: Pop. totale de la région en 1986 selon le recensement canadien	210 775	285 580	585 810	451 350	257 385	1 752 010	255 895	146 770
L6: Sous-financement ou sur-financement en millions de \$ (L1 - L2) x L5	-57 571	-91 679	160 705	-135 874	-13 795	712 559	-93 306	-25 382
L7: Rang de la région selon son niveau de financement (L6)	9	8	14	5	12	15	7	10

Source: Base de données SIFO, 1986-1987. Statistique Canada. Recensement canadien 1986.

(1) Il s'agit des dépenses brutes, qui ne tiennent pas compte des revenus réalisés par les établissements.

TABLEAU 22 (suite et fin)

Dépenses (1) totales per capita (pour l'ensemble des centres de responsabilité) par région sociosanitaire et dans l'ensemble du Québec en 1986-1987 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

	Côte-Nord I	Gaspésie-Îles- de-la-Madeleine J	Chaudière- Appalaches K	Laval L	Lanaudière M	Laurentides N	Montérégie O
L1: Total des dépenses dans la région	1 256,20	1 138,78	1 017,06	868,89	915,11	778,28	707,67
L2: Total des dépenses au Québec	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64	1 364,64
L3: Ecart au per capita (L1 / L2) x 100	92,1	83,4	74,5	63,7	67,1	57	51,9
L4: Rang de la région selon l'écart au per capita (L3)	12	10	6	3	4	2	1
L5: Pop. totale de la région en 1986 selon le recensement canadien	104 305	112 210	339 020	284 230	319 735	278 825	1 089 015
L6: Sous-financement ou sur-financement en millions de \$ (L1 - L2) x L5	-11 310	-25 343	-117 836	-140 907	-143 730	-163 491	-715 450
L7: Rang de la région selon son niveau de financement (L6)	13	11	6	4	3	2	1

Source : Base de données SIFO, 1986-1987. Statistique Canada. Recensement canadien 1986.

(1) Il s'agit des dépenses brutes, qui ne tiennent pas compte des revenus réalisés par les établissements.

TABLEAU 23

Rang (1) des régions sociosanitaires selon leur niveau de sous-financement (ou de sur-financement) per capita (2)
en 1986-1987 et 1991-1992 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

Régions sociosanitaires	En 1990-1991 sur la base des populations régionales de 1992 prévues par le MSSS		En 1991-1992 sur la base des populations régionales de 1991 prévues par le MSSS		En 1991-1992 sur la base des populations régionales de 1991 dénombrées par le recensement canadien		En 1986-1987 sur la base des populations régionales de 1986 prévues par le MSSS		En 1986-1987 sur la base des populations régionales de 1986 dénombrées par le recensement canadien	
	En millions de \$ A	Rang B	En millions de \$ C	Rang D	En millions de \$ E	Rang F	En millions de \$ G	Rang H	En millions de \$ I	Rang J
01-Bas-St-Laurent	-65 629	9	-43 115	9	-39 785	9	-59 324	9	-57 571	9
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	-130 977	8	-105 539	8	-101 189	8	-94 673	8	-91 679	8
03-Québec	253 509	14	350 776	14	352 538	14	166 086	14	160 705	14
04-Mauricie-Bois-Francs	-207 139	6	-158 045	6	-154 381	6	-140 881	4	-135 874	5
05-Estrie	-16 786	12	4 794	12	4 745	12	-14 250	12	-13 795	12
06-Montréal-Centre	1 070 892	15	1 273 470	15	1 234 933	15	735 565	15	712 559	15
07-Outaouais	-149 723	7	-133 604	7	-131 353	7	-96 670	7	-93 306	7
08-Abitibi-Témiscamingue	-30 167	10	-15 879	10	-15 550	10	-26 183	11	-25 382	10
09-Côte-Nord	-11 634	13	10 879	13	10 595	13	-11 748	13	-11 310	13
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	-22 659	11	-11 101	11	-10 196	11	-26 217	10	-25 343	11
12-Chaudière-Appalaches	-241 962	5	-233 360	5	-225 363	5	-127 873	6	-117 836	6
13-Laval	-268 767	3	-280 792	2	-280 686	2	-145 536	3	-140 907	4
14-Lanaudière	-267 445	4	-263 486	3	-279 901	3	-129 503	5	-143 730	3
15-Laurentides	-272 199	2	-260 158	4	-275 938	4	-194 082	2	-163 491	2
16-Montérégie	-1 105 359	1	-1 095 140	1	-1 083 477	1	-743 416	1	-715 450	1

(1) Le rang 1 indique le niveau de sous-financement per capita le plus élevé. Inversement, le rang 15 indique le niveau de sur-financement per capita le plus élevé.

(2) Il s'agit des dépenses brutes, qui ne tiennent pas compte des revenus réalisés par les établissements.

Source: Lignes 6 et 7 des tableaux 17, 18, 19, 21 et 22.

comparant les colonnes A à J, on constate, en effet, que les niveaux de sous-financement ou de sur-financement des régions varient sensiblement en fonction des années financières auxquelles ils font référence et des populations régionales sur lesquelles les niveaux de dépenses per capita sont calculés pour chaque région, l'écart le plus élevé se situant entre les régions de la Montérégie (la région la plus sous-financée par rapport à la population à desservir) et de Montréal-Centre (la région la plus sur-financée par rapport à la population à desservir). Ainsi, dans la région de la Montérégie, le niveau de sous-financement atteint environ 1 105 359 000 \$ selon les dépenses per capita enregistrées en 1990-1991 et le nombre d'individus censés habiter dans la région en 1992 selon les prévisions démographiques du MSSS. Or, selon les dépenses per capita enregistrées en 1991-1992, le manque à gagner oscille alors entre 1 095 140 000 \$ (selon les prévisions démographiques du MSSS pour 1991) et 1 083 477 000 \$ (lorsqu'on se base sur les effectifs démographiques dénombrés à partir du recensement canadien de 1991). Selon les dépenses per capita enregistrées en 1986-1987, il oscillait entre 743 416 000 \$ (selon les prévisions démographiques du MSSS pour 1986) et 715 450 000 \$ (selon les effectifs démographiques dénombrés à partir du recensement canadien de 1986). Dans la région de Montréal-Centre, où l'on observe la situation tout à fait inverse, le niveau de sur-financement atteint environ 1 070 892 000 \$ selon les dépenses per capita enregistrées en 1990-1991 et le nombre d'individus censés habiter dans la région en 1992 selon les prévisions démographiques du MSSS. Or, selon les dépenses per capita enregistrées en 1991-1992, le surplus financier oscille alors entre 1 273 470 000 \$ (selon les prévisions démographiques du MSSS pour 1991) et 1 234 933 000 \$ (lorsqu'on se base sur les effectifs démographiques dénombrés à partir du recensement canadien de 1991). Selon les dépenses per capita enregistrées en 1986-1987, il oscillait entre 735 565 000 \$ (selon les prévisions démographiques du MSSS pour 1986) et 712 559 000 \$ (selon les effectifs démographiques dénombrés à partir du recensement canadien de 1986).

Or, si les montants auxquels se chiffrent les manques à gagner et les surplus financiers mesurés en dollars varient sensiblement en fonction des populations régionales sur lesquelles les niveaux de dépenses per capita ont été calculés, on remarque par contre que le rang des régions classées d'après leur niveau de sous-financement ou de sur-financement demeure constant, à part quelques inversions qui ne changent rien à la tendance générale observée et ce, peu importe les années financières et les populations régionales auxquelles ont fait référence. En comparant les régions les unes aux autres, on constate, en effet, que les régions limitrophes ou voisines de Montréal-Centre, soit les régions de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie, étaient et demeurent aux prises avec les plus importants manques à gagner par rapport à la population à desservir qu'elles regroupent sur leur territoire respectif, occupant ainsi constamment les premiers rangs des régions classées d'après leur niveau de sous-financement. D'aucuns expliquent cette situation par la proximité de Montréal-Centre, où la disponibilité des ressources, principalement des soins généraux, spécialisés et ultra-spécialisés, est largement suffisante pour répondre aux besoins des populations qui habitent ces banlieues²³³. Plus loin, dans le chapitre 6, nous verrons que les régions de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie sont également celles qui ont les taux de rétention les plus bas et, inversement, les rapport export/import les plus élevés des clientèles de courte durée de la province, une bonne partie des bénéficiaires originaires de ces régions allant se faire soigner dans les établissements de Montréal-Centre²³⁴. Nous verrons également que Montréal-Centre a, par le fait même, les taux de rétention les plus élevés et, inversement, les rapports export/import les plus bas des clientèles de courte durée de la province, ce qui signifie que les établissements de courte durée de cette région sont ceux qui importent le plus grand nombre de clientèles provenant des autres régions de la province, autant du Sud-Ouest, que du centre et de la périphérie. Il n'est donc pas surprenant de constater que la région de

²³³ Notons que ces régions font également partie de ce qu'on appelle la grande région de Montréal.

²³⁴ Les définitions de ces deux indicateurs de la mobilité interrégionale des clientèles, que sont le taux de rétention et le rapport export/import, seront données au chapitre 6.

Montréal-Centre est celle qui bénéficie des surplus financiers les plus importants de la province et celle qui occupe le 1 er rang des régions classées d'après leur niveau de sur-financement. Par ailleurs, si l'on retient cette explication et qu'on la considère comme tout à fait plausible, on peut en toute logique appliquer ce même raisonnement aux régions de Chaudière-Appalaches et de Québec. Comme on peut le constater, la région de Chaudière-Appalaches occupe les 5 ième ou 6 ième rangs des régions classées d'après leur niveau de sous-financement, c'est-à-dire qu'elle était et demeure aux prises avec des manques à gagner parmi les plus élevés de la province, juste après ceux des régions voisines de Montréal-Centre (Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie), alors que la région de Québec, qui est située juste à côté, occupe le 2 ième rang des régions classées d'après leur niveau de sur-financement, c'est-à-dire qu'elle bénéficie des surplus financiers les plus élevés de la province après ceux de Montréal-Centre. Plus loin, dans le chapitre 6, nous verrons également que la région de Québec se situe constamment au 2 ième rang des régions classées d'après leur taux de rétention et, inversement, au 14 ième rang des régions classées d'après leur rapport export/import des clientèles de courte durée au Québec, alors que la région de Chaudière-Appalaches se situe en permanence au 12 ième rang des régions classées d'après leur taux de rétention et, inversement, au 3 ième rang des régions classées d'après leur rapport export/import des clientèles de courte durée au Québec, ce qui signifie que les établissements de courte durée de la région de Québec importent davantage de clientèles provenant d'autres régions, incluant celle de Chaudière-Appalaches, qu'ils n'en exportent vers ces autres régions, alors que cette dernière exporte davantage de clientèles vers d'autres régions, notamment vers celle de Québec, qu'elle n'en importe. Quant aux régions périphériques du Bas-St-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Gaspésie et des Iles-de-la-Madeleine, celles-ci occupent les 8 ième, 9 ième, 10 ième et 11 ième rangs des régions classées d'après leur niveau de sous-financement, se situant ainsi quelque part à mi-chemin ou presque entre les régions les plus sous-financées et les régions les plus sur-financées de la province. Plus loin, dans les chapitres 5 et 6, nous verrons que cette situation, apparemment plus avantageuse que celle

vécue dans les régions situées en banlieue de Québec et de Montréal-Centre, est en réalité beaucoup moins avantageuse qu'il n'y paraît et reflète un état de santé et de bien-être plus détérioré qu'ailleurs de la population. Nous verrons, en effet, qu'indépendamment des montants moins élevés auxquels se chiffrent, en millions de dollars, les niveaux de sous-financement des régions périphériques, par rapport à ceux des régions de Laval, de Lanaudière, des Laurentides, de la Montérégie et de Chaudière-Appalaches, ces manques à gagner sont néanmoins beaucoup plus importants qu'on pourrait le croire si l'on tient compte des niveaux plus élevés de sans emploi (qui seront mesurés par le taux d'inoccupation), des niveaux plus faibles de revenus (qui seront mesurés par le revenu moyen par habitant) et des niveaux plus élevés de dépendance de ces populations envers les différents paiements de transfert et programmes gouvernementaux comme l'assurance-chômage et la sécurité du revenu, y compris les services de santé et les services sociaux, étant donné la détérioration plus prononcée de l'état de santé et de bien-être de ces populations.

4.5 - Conclusion:

De ces analyses se dégagent quelques constats qui, par rapport aux objectifs et au principe d'équité prévus par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, permettent d'invalider le mode de répartition des ressources qui prévaut depuis vingt-cinq ans entre les régions sociosanitaires au Québec. Premier constat, des écarts importants existent entre les niveaux de financement des régions sociosanitaires au Québec, que ce soit par classe d'établissement ou pour l'ensemble des centres de responsabilité dans toutes les classes d'établissement réunies. Deuxième constat, corollaire du premier, des écarts importants existent également entre les niveaux de dépenses per capita des régions sociosanitaires au Québec, que ce soit par classe d'établissement ou pour l'ensemble des centres de responsabilité dans toutes les classes d'établissement réunies. Troisième constat, corollaire des deux constats précédents, ces inégalités deviennent particulièrement significatives

lorsqu'on compare la part que représentent les niveaux de financement ou de dépenses per capita de chaque région parmi l'ensemble des dépenses au Québec, par rapport au prorata de la population du Québec que regroupe chacune de ces régions sur son territoire respectif. Ces écarts permettent alors de mesurer l'importance des manques à gagner ou des surplus financiers mesurés en dollars et en pourcentage, et d'évaluer l'ampleur des retombées directes et indirectes en découlant, ou de l'absence de telles retombées, dans chaque région du Québec. Quatrième constat, ces disparités perdurent et augmentent avec le temps. Étant donné le caractère récurrent du mode de financement et des enveloppes budgétaires destinées aux établissements et aux organismes du réseau, et si l'on fait abstraction des compressions budgétaires récemment imposées à l'ensemble du système, ces disparités et les conséquences en découlant sont, par voie de conséquence, elles aussi nécessairement et obligatoirement récurrentes. Or, tel que démontré au chapitre 2, ces inégalités contreviennent directement aux principes et aux dispositions prévus par les articles 1, 431 et 463 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* qui stipulent que les ressources doivent être réparties équitablement entre les régions, en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires. Elles contredisent carrément en cela, rappelons-le, les responsabilités confiées au système en matière d'équité et de développement social, et plus particulièrement en ce qui a trait au bien-être des citoyens et à leur capacité physique, psychique et sociale d'agir dans leur milieu et d'y accomplir pleinement leurs rôles d'une manière acceptable pour eux-mêmes et pour les groupes dont ils font partie, en cherchant à atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions²³⁵. Compte tenu du fait que l'usage que nous faisons du mot population renvoie ici à l'ensemble de la population de chaque région, c'est-à-dire à l'ensemble des citoyens qui habitent une région et qui ont le droit d'utiliser les services qui leur sont offerts, s'ils en ont besoin, et non à un groupe restreint d'individus ou aux seuls usagers qui ont effectivement recours aux services offerts,

²³⁵ L.R.Q., c. S-4.2, art. 1, 431 et 463.

les écarts observés entre le pourcentage des ressources financières disponibles dans chaque région du Québec et le prorata de la population du Québec qui habite chacune de ces régions signifient que la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires au Québec n'est pas équitable pour tout le monde, selon le lieu où l'on habite, contrevenant ainsi directement à la finalité propre du système et à notre définition d'une redistribution juste et équitable des fonds publics entre les populations.

Dans les deux prochains chapitres, nous allons procéder à une évaluation des impacts de ces inégalités sur le développement des régions et l'état de santé et de bien-être de leur population respective. Dans le chapitre 5, nous allons mettre en évidence les conséquences de ces disparités sur les niveaux d'emploi, les mouvements migratoires, la structure démographique et les variables sociosanitaires des populations régionales, c'est-à-dire sur l'ensemble des citoyens qu'ils soient utilisateurs ou non des services offerts, notamment en rappelant les masses salariales et les retombées en emplois directs et indirects que représente le secteur de la santé et des services sociaux sont suffisamment importantes pour amplifier les inégalités qui existent déjà en matière d'emploi entre les régions, et provoquer des flux démographiques qui n'ont pas d'autre issue que de mettre en péril l'état de santé et de bien-être de la population de plusieurs municipalités et régions du Québec. Dans le chapitre six, nous allons mettre l'accent sur les études qui ont analysé les impacts de ces disparités auprès des clientèles, c'est-à-dire auprès des bénéficiaires ou des usagers qui utilisent effectivement les services offerts, en observant les variations que provoquent ces écarts sur la mobilité interrégionale des clientèles et les profils régionaux de consommation des services.

CHAPITRE CINQ

IMPACTS DES DISPARITÉS DANS LA RÉPARTITION INTERRÉGIONALE DES RESSOURCES SOCIOSANITAIRES SUR LA DISTRIBUTION DE L'EMPLOI, LES MOUVEMENTS MIGRATOIRES ET LES VARIABLES SOCIOSANITAIRES DES POPULATIONS RÉGIONALES

5.1 - Introduction:

L'analyse de la répartition de la richesse collective entre les territoires, dans un champ de dépenses aussi lourd que celui de la santé et des services sociaux, fait ressortir les liens qui existent entre la localisation géographique des ressources, le niveau d'emploi disponible et l'évolution démographique des populations. De façon corollaire, l'analyse des disparités dans la répartition géographique des ressources met en évidence la relation qui existe, dans un même territoire, entre l'absence ou le faible niveau de dépenses de l'État, la moins grande disponibilité d'emplois et l'exode démographique plus élevé des personnes en recherche d'emploi. Les résultats de l'analyse contredisent donc carrément les arguments réfutant l'hypothèse selon laquelle il existerait une relation de causalité directe entre le sous-développement ou la pauvreté de certains milieux et le prétendu sous-investissement en matière de santé et de services sociaux dans ces mêmes territoires. En effet, la théorie, selon laquelle un accroissement des investissements en santé et services sociaux sociaux dans un territoire, permettrait à celui-ci de se développer beaucoup plus rapidement, est loin de faire consensus chez les spécialistes du développement.

Il ne fait aucun doute dans l'esprit de plusieurs intervenants et observateurs impliqués dans le développement régional, que le dynamisme économique des régions périphériques et des milieux ruraux dépend surtout des initiatives et des investissements reliés au secteur privé, ainsi que du niveau d'exploitation des ressources naturelles qu'on y retrouve. Ils rejettent carrément l'idée selon laquelle les dépenses de l'État dans un territoire puissent être un facteur important de développement. Par exemple, rares sont les plans stratégiques des conseils régionaux de concertation et de développement (CRCD) qui identifient le secteur de la santé comme étant un élément moteur de développement. Si les dépenses de l'État dans ce domaine avaient été un moteur de développement, disent-ils, les centres-villes et les villes-centres des régions qui héritent généralement de plus d'équipements sociosanitaires devraient être un milieu riche et en santé, alors que l'on observe le contraire. Selon eux, les

défis à relever sont ailleurs, notamment du côté de la PME, de la transformation des matières premières et des innovations technologiques. Bien entendu, on pourrait s'interroger longuement sur la pertinence et la validité des plans stratégiques et des autres formules expérimentées par les conseils régionaux de concertation et de développement, de même que sur les multiples interprétations sectorielles du développement qui, au fil des ans, se sont succédées au sein des administrations gouvernementales. Toutefois, l'objet de ce mémoire n'est pas d'alimenter à coups d'arguments un débat conceptuel sur les questions de développement régional, mais d'évaluer les effets déstabilisateurs et déstructurants d'un secteur de dépenses publiques générant des investissements qui, dans bien des cas, dépassent souvent les investissements du secteur privé. En fait, la plupart des intervenants identifient, sans s'en rendre compte, les principaux facteurs qui entravent le dynamisme des milieux périphériques et ruraux, et qui expliquent en partie, les inéquités auxquelles font face les régions auxquelles la majorité de ces milieux appartiennent, incluant les milieux urbains. Ils attendent de ces milieux qu'ils se développent sans le concours du peu de taxes et d'impôts qu'ils paient à l'État, ces sommes étant réinvesties dans le développement d'autres populations beaucoup plus urbaines, principalement dans les grands centres comme ceux de Montréal et de Québec.

Pourtant, plusieurs études réalisées depuis le début des années quatre-vingt ont déjà démontré l'importance des investissements publics et des transferts gouvernementaux dans le développement d'un territoire ou d'une population. Citons, à titres d'exemples, le rapport réalisé en 1995 par le service des études opérationnelles de la RSSS-02 sur les tendances régionales observées dans l'évolution des services de santé et des services sociaux au Québec²³⁶, le document de réflexion produit en 1993 par la direction des priorités sur le « bilan-

²³⁶ Côté, Charles; Larouche, Daniel; Boudreault, Marc et Martin, Danielle. L'évolution des services de santé et des services sociaux: Les tendances régionales actuelles. Chicoutimi, Service des études opérationnelles, Direction générale adjointe à l'administration, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mars 1995. 19 pages.

dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean²³⁷, les travaux réalisés en 1992 par le comité d'étude mis en place par le CRSSS-02 pour analyser le « bilan-lits »²³⁸, l'étude publiée en 1991 par Charles Côté sur la désintégration des régions²³⁹, le rapport déposé en 1989 par le Conseil des Affaires Sociales du Québec sur le développement social et démographique des régions²⁴⁰, le dossier de la revue *Relations* sur le « Québec cassé en deux »²⁴¹, l'annexe thématique de la commission Rochon produite en 1987 par Claude Barriault et Charles Côté sur les disparités entre les populations en besoin et la répartition géographique des ressources disponibles²⁴², les propos formulés en 1986 par l'économiste et ex-premier ministre Jacques Parizeau sur les facteurs de désintégration dans le rapport de la Commission d'étude sur l'avenir des municipalités²⁴³, l'étude produite par Charles Côté en 1982 sur les impacts de la répartition des ressources sociosanitaires sur les variables sociosanitaires et les migrations²⁴⁴, son étude de 1981 en faveur d'une politique d'intervention du MAS en milieu rural²⁴⁵,

²³⁷ Côté, Charles; Larouche, Daniel; Ansari, Abderrahim; Collard, Antonin; Giasson, Agathe; Laroche, Suzette et Rinfret, Andrée (Comité de réflexion sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean). Réflexion sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean. (document de réflexion). Chicoutimi, Direction des priorités et de l'évaluation, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Novembre 1993. 29 pages.

²³⁸ Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). Rapport d'analyse du « bilan-lits ». (document de travail). Chicoutimi, Direction de la planification, Conseil régional de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Juin 1992. 46 pages.

²³⁹ Côté, Charles. Désintégration des régions: Le sous-développement durable au Québec. Chicoutimi, Éditions J.C.L., 1991. 261 pages.

²⁴⁰ Conseil des Affaires Sociales. Deux Québec dans un: Rapport sur le développement social et démographique. Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1989. 124 pages.

²⁴¹ Harvey, Julien; Paiement, Guy; Barriault, Claude et Côté, Charles. « Le Québec cassé en deux » (dossier). dans Relations. no. 545, novembre 1988, pp. 263-276.

²⁴² Barriault, Claude et Côté, Charles. Les disparités entre les populations en besoin et la répartition géographique des ressources disponibles. (annexe thématique du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux). Québec, Conseil des Affaires sociales et de la Famille, Conseil régional de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Juin 1987. 287 pages.

²⁴³ Parizeau, Jacques; Caron, Laurent; Desautels, Denis; Hogue, Jean-Pierre; et al. Rapport de la Commission d'étude sur l'avenir des municipalités. Montréal, Union des municipalités du Québec, 1986. 292 pages.

²⁴⁴ Côté, Charles. Répartition des ressources sociosanitaires: impacts sur les variables sociosanitaires et sur la migration. (document de travail). Québec, Service des études opérationnelles, Direction générale de la planification, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Février 1982. 54 pages.

²⁴⁵ Côté, Charles. Pour une politique d'intervention du Ministère des Affaires Sociales en milieu rural. (document de travail). Québec, Service des études opérationnelles, Direction générale de la planification, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Juin 1981.

ainsi que son rapport d'évaluation déposé en 1980 sur les effets attendus et inattendus des politiques et des programmes du MAS²⁴⁶.

Par exemple, dans le rapport de la Commission sur l'avenir des municipalités, le président Jacques Parizeau contredit la plupart des arguments de ceux qui réfutent le lien de causalité directe qui existe entre le sous-financement d'une population ou d'un territoire, en matière de santé et de services sociaux, et le sous-développement de cette même population ou de ce même territoire. Le jugement de Parizeau s'appuie en fait sur quelques observations faciles à faire à propos des conséquences démographiques et sociales du processus d'amplification des inégalités existantes, attribuables à la répartition inéquitable des ressources sociosanitaires entre les territoires²⁴⁷. D'aucuns se demandent pourquoi, en tant que Premier Ministre, il n'a pas tenté, par la suite, de remédier à la situation en modifiant les critères d'allocation et les méthodes de répartition des fonds publics entre les régions. Il demeure néanmoins que les propos de Parizeau sont plus que jamais d'actualité. Même s'ils ont été formulés il y a une dizaine d'années, à partir de faits dont la démonstration remonte au début des années quatre-vingt, le processus en cours n'a pas été modifié depuis ce temps. Ses effets, qui seront décrits dans ce chapitre et le chapitre suivant, n'ont pas cessé de s'amplifier depuis. À notre connaissance, aucun geste n'a encore été posé dans le but de les contrer. Ainsi, vingt-cinq ans après les premiers constats, nous en subissons encore les conséquences.

Dans ce chapitre, nous allons mettre en relief la relation directe qui existe entre l'allocation des ressources sociosanitaires et les faits de population. Nous mettrons en évidence les impacts de la répartition de ces dépenses entre les régions sur les migrations et les variables sociosanitaires des populations. Dans un premier temps, nous ferons la distinction entre les impacts réels des dépenses de l'État dans le champ de la santé et des services sociaux sur le

²⁴⁶ Côté, Charles. Évaluation des politiques et des programmes du Ministère des Affaires Sociales - constats généraux. (document 6). Québec, Ministère des Affaires sociales, 1980.

²⁴⁷ Parizeau, Jacques; Caron, Laurent; Desautels, Denis; Hogue, Jean-Pierre; et al. op.cit. pp. 208-209.

bien-être et l'état de santé des populations, et la fausse représentation que se font habituellement les gens des activités gouvernementales en ce domaine. Dans un deuxième temps, nous donnerons un aperçu général des conséquences des disparités dans la répartition des ressources sur le développement des régions et de leurs populations, en mettant en évidence le lien étroit qui existe entre les disparités dans la répartition interrégionale des emplois et l'exode des jeunes en recherche d'emploi. Ces phénomènes vont ensuite être mis en relation avec l'évolution de la structure démographique des populations et avec l'évolution de leurs caractéristiques sociosanitaires. Nous mettrons ainsi en évidence le lien causal qui existe entre le faible niveau de ressources allouées dans un territoire, le faible niveau d'emploi disponible, l'exode des jeunes, la diminution des effectifs, le vieillissement accéléré de la population, la détérioration de l'état de santé de ceux qui restent, l'augmentation de la proportion des personnes dépendantes et l'accroissement qui s'ensuit des problèmes sociaux. Nous verrons que l'ensemble des dépenses gouvernementales dans le domaine de la santé et des services sociaux représentent environ le tiers du budget total de l'État, et que tous ces dollars se traduisent par des volumes d'emplois directs et indirects importants, en insistant sur le fait que les dépenses publiques représentent, bon an mal an, plus de la moitié du PIB québécois, jouant ainsi un rôle exceptionnel dans l'activité économique du Québec. On va alors être à même de démontrer que tout critère ou toute norme administrative utilisée pour répartir ces masses monétaires entre les régions peut ou bien servir à amplifier les déséquilibres qui existent déjà entre les régions favorisées et les régions défavorisées, ou bien servir à rééquilibrer la répartition de la richesse collective entre les régions riches et les régions pauvres. Enfin, dans un troisième temps, nous analyserons les impacts des migrations et des variations observées au niveau des caractéristiques sociosanitaires des populations, en ce qui a trait à leur éligibilité à l'obtention du financement public. Nous insisterons surtout sur le fait que des pertes migratoires répétitives année après année, ainsi que la diminution des effectifs qui en résulte, se traduisent inévitablement par une disqualification progressive en ce qui a trait à leur éligibilité à l'argent public, indépendamment du niveau de détérioration de l'état de santé de ceux qui restent, et de

l'augmentation de la proportion de ceux qui dépendent d'un tiers pour subvenir à leurs besoins.

On pourra en conclure que le mode actuel de répartition des dépenses gouvernementales dans le champ de la santé et des services sociaux a des conséquences qui vont à l'encontre de la finalité du système et des dispositions prévues en matière d'équité, les ressources n'étant pas redistribuées équitablement entre les régions sociosanitaires, empêchant ainsi d'atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions. On aura ainsi entre les mains tous les éléments permettant une évaluation des effets destructeurs du mode actuel de redistribution des fonds publics dans le domaine de la santé et des services sociaux, ainsi qu'une analyse des causes structurelles permettant de comprendre que de tels dysfonctionnements puissent se produire au sein d'un système dont les dispositions légales prévoient pourtant le contraire.

5.2 - La relation entre la répartition interrégionale des ressources et les faits de population: le modèle d'analyse utilisé:

Dans un premier temps, il faut voir qu'il existe une différence importante entre la vraie nature du système et de ses impacts, et la fausse représentation que s'en font les gens. Ceux-ci voient habituellement la dispensation des services à la population et la répartition des dépenses publiques comme des activités sectorielles contrôlées par le Gouvernement et ses ministères, et dispensées auprès d'usagers. Or, cette perception est incomplète. Elle se limite aux bénéficiaires ou aux usagers, c'est-à-dire à ceux qui utilisent le système, et non à l'ensemble de la population. Nous avons vu, au chapitre 2, que cette représentation ne touche que les fonctions exécutives et administratives des institutions, et qu'elle doit être mise en relation avec les fonctions décisionnelles et législatives auxquelles elles sont assujetties. Pour être complète, elle doit être considérée non seulement sous l'angle des impacts auprès des clientèles mais aussi sous l'angle des impacts sur les populations, c'est-à-

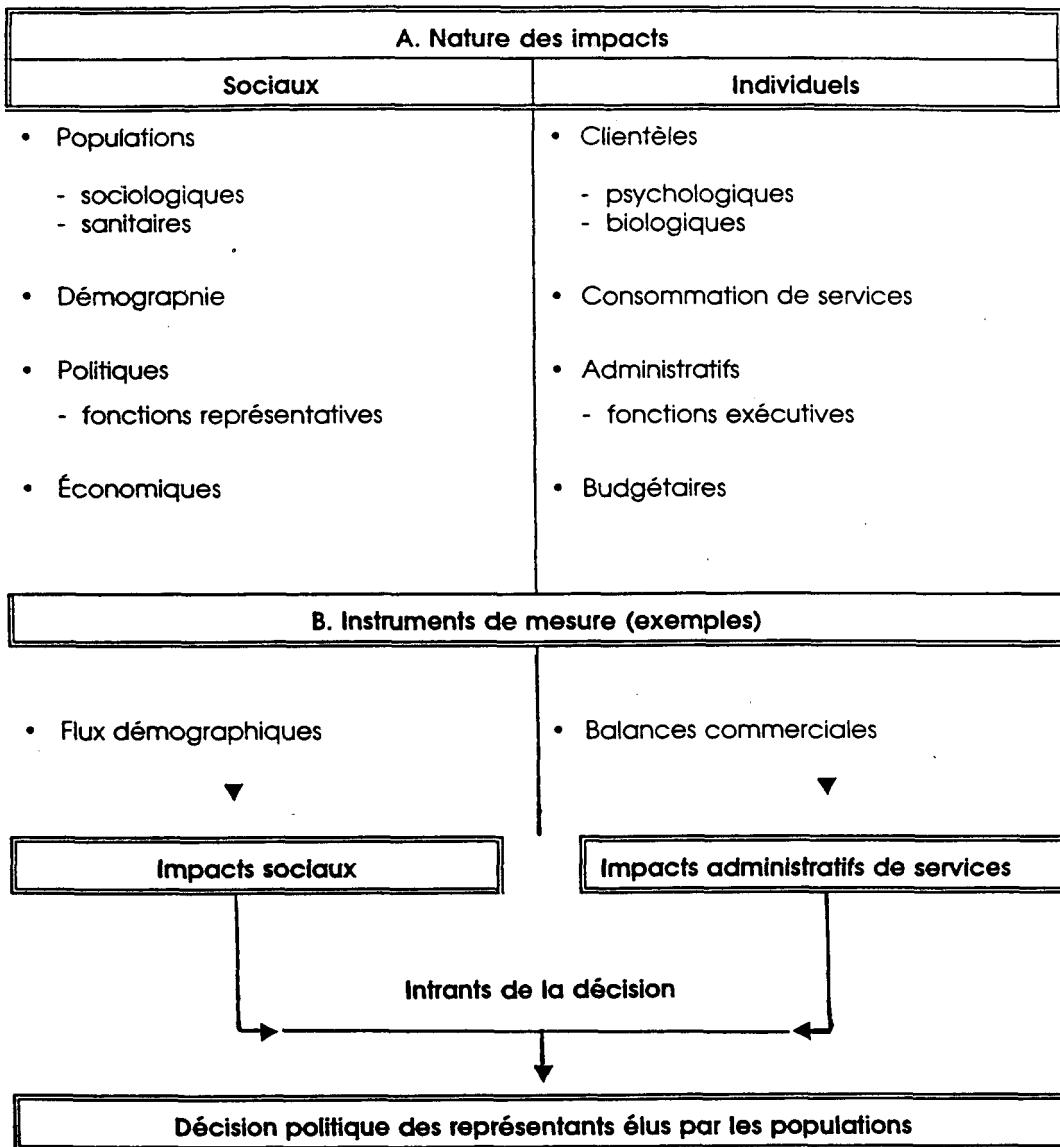
dire sur l'ensemble des citoyens, qu'ils soient ou non bénéficiaires de ces services, comme le montre la figure 5. Contrairement à ce que certains croient, le bien être des populations et les interventions réalisées auprès des clientèles du réseau sont deux réalités distinctes. Pourtant, nombreux sont ceux qui conçoivent de façon incomplète le mode de gestion par lequel le Gouvernement du Québec administre les fonds publics. Ils ne prennent pas en considération les conséquences démographiques, économiques et sociales des gestes administratifs qu'ils posent ou qu'on leur impose. Or, lorsqu'il s'agit de la répartition des dépenses publiques, toute décision administrative a nécessairement ce genre de répercussions sur les populations concernées. De surcroît, lorsqu'il s'agit d'évaluer les conséquences attendues et inattendues d'un système, par rapport à son but et à ses objectifs initiaux, ce type d'impacts et leurs causes doivent être analysés. Dans les pages qui suivent, nous verrons que le processus d'allocation des ressources qui prévaut en matière de santé et de services sociaux engendre non seulement des conséquences administratives mais également des impacts démographiques, économiques et sociaux importants quant au bien-être des populations. Ceux qui gèrent et dispensent ces services deviennent en quelque sorte des véhicules de transferts fiscaux vers les territoires où ils exercent leurs fonctions, sans égard aux services qu'ils dispensent ou administrent. Il s'ensuit des impacts bien réels en matière de ressources allouées, de services offerts et d'emplois disponibles. Les effets qui en découlent, dans les territoires défavorisés ou dépourvus de tels investissements, interfèrent avec le bien-être et les intérêts fondamentaux des populations qui habitent ces territoires.

Nos arguments reposent essentiellement sur le modèle d'analyse du service des études opérationnelles de la RSSS-02 qui démontre de façon explicite que le niveau de ressources allouées aux établissements d'un territoire (l'offre), la population qui habite ce territoire (le marché) et le niveau de services consommés dans les établissements de ce même territoire (la demande) entretiennent des relations qui vont dans le sens des flèches numérotées dans la figure 6 ²⁴⁸. Il appert que, parmi ces trois dimensions, l'offre de services est l'élément

²⁴⁸ Côté, Charles; Larouche, Daniel; Boudreault, Marc et Martin, Danielle. op.cit. 19 pages.

FIGURE 5

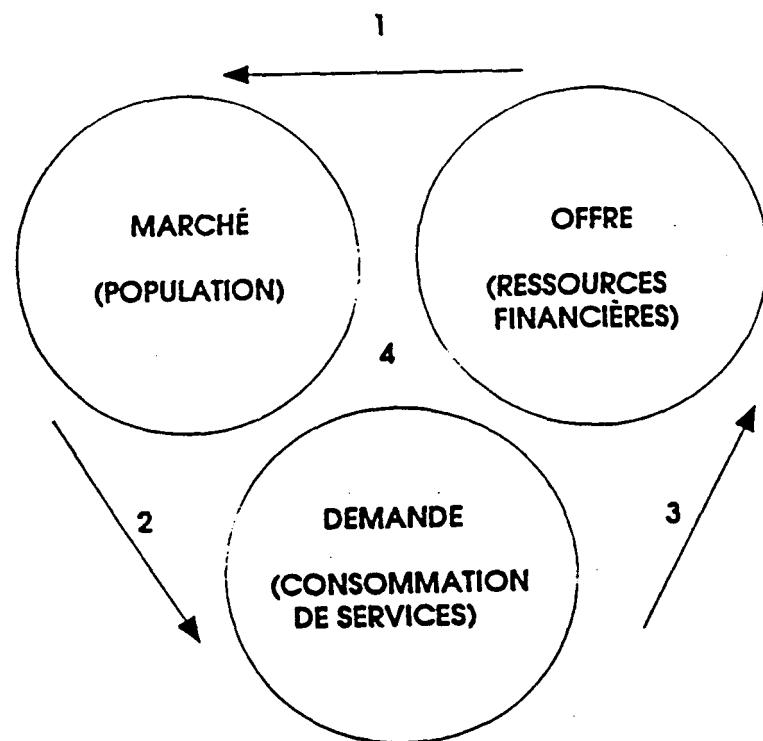
**Impacts à considérer dans l'allocation et la répartition des fonds publics:
quelques distinctions à faire**



Source: Larouche, Daniel; Côté, Charles; Boudreault, Marc; Savard, Huguette et Perron, Hélène. L'allocation des ressources de santé et de services sociaux: l'utilisation du taux d'inoccupation. (annexe 1). p. 17.

FIGURE 6

Relations générales entre les ressources financières (ou l'offre), la consommation de services (ou la demande) et la population (ou le marché)



Source: Côté, Charles; Larouche, Daniel; Boudreault, Marc et Martin, Danielle. L'évolution des services de santé et des services sociaux: Les tendances régionales actuelles. p. 5.

déterminant du modèle. Elle correspond à la masse relative des ressources financières, humaines et matérielles publiques dépensées dans un territoire. Elle permet de mesurer le niveau de ressources allouées aux établissements chargés d'administrer et de dispenser les services offerts à la population de ce territoire. Elle détermine également le niveau d'emploi occupé par les personnes qui assument ces fonctions. Étant donné la proportion importante des emplois qui relèvent du secteur public par rapport à l'ensemble des emplois disponibles sur le marché du travail, elle influence de façon significative la quantité d'emplois disponibles dans ce territoire. En effet, comme l'indique la flèche numéro 1 de la figure 6, le niveau de services offerts et la quantité de ressources allouées aux établissements de ce territoire, de même que le nombre d'emplois directs et indirects en découlant, ont un impact déterminant sur sa population, et sur le marché d'où est issue la demande pour ces services. Ils déterminent, dans une large mesure, les faits de population observables sur le territoire: la quantité, l'âge, la répartition dans l'espace, les déplacements vers d'autres territoires et l'évolution dans le temps. Ils affectent d'abord les flux migratoires. D'une part, les déplacements intérieurs ou intra-régionaux, d'une municipalité à l'autre. D'autre part, les migrations extérieures ou interrégionales, c'est-à-dire les départs vers une autre région. Ces flux migratoires affectent ensuite la structure démographique du territoire, principalement l'évolution des différents groupes d'âge. Comme l'indique la flèche numéro 2 de la figure 6, les faits de population observés dans un territoire n'affectent pas seulement le marché à qui s'adressent les services offerts. Ils déterminent également la demande effective et le niveau de consommation pour ces services. Ils déterminent la propension de la population de ce territoire à demander tel ou tel niveau de services. Ils devraient, en principe, permettre au Gouvernement de prévoir à plus ou moins long terme la tendance à recourir à ces mêmes services parmi les gens qui habitent ce territoire. Enfin, comme l'indique la flèche numéro 3 de la figure 6, la demande de services issue d'une population, et le niveau réel de consommation de services dans un territoire, déterminent, en principe, le niveau de services offerts et, par le fait même, le niveau de ressources allouées aux établissements de ce territoire. Cela devrait se traduire par un ajustement entre les ressources accordées aux

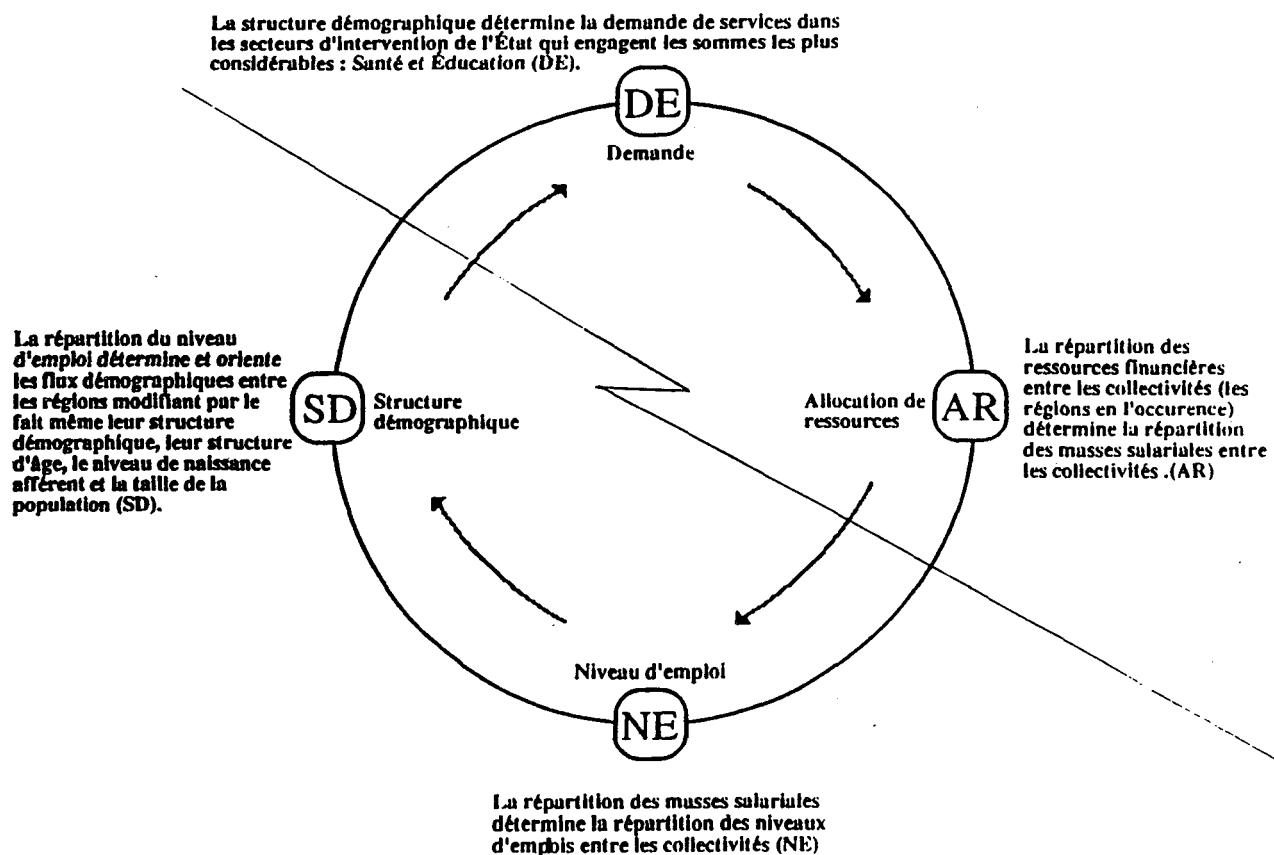
établissements d'un territoire et la demande de services issue de sa population. Or, tel n'est pas le cas. Les données observées dans ce mémoire nous enseignent, en effet, qu'il n'y a pas nécessairement une adéquation entre le niveau de services que requiert une population et le niveau de services qui lui est effectivement offert par les établissements situés sur son territoire. Il semble également qu'il puisse y avoir un écart entre les besoins réels de la population et le niveau de services consommés dans les établissements situés sur son territoire. On peut donc en déduire que les relations observées entre les trois dimensions que sont l'offre, le marché et la demande, forment un cercle vicieux dans lequel l'offre joue un rôle déterminant. À ce sujet, le schéma 2 illustre les impacts du niveau de services offerts dans un territoire sur le niveau d'emploi disponible et la structure démographique de ce territoire. Il met également en évidence les impacts de la structure démographique de la population sur le niveau de ressources allouées aux établissements qui se trouvent sur son territoire, et sur le niveau de services qu'ils offrent aux usagers.

D'après ce modèle, l'allocation des ressources aux établissements constitue donc d'emblée le facteur clé de la démonstration. Elle relève de décisions politiques, administratives et budgétaires, prévues par la loi ou en principe respectueuses de cette loi²⁴⁹. Elle détermine d'abord le niveau de services offerts. Elle affecte ensuite la composition et le volume des populations ainsi que les flux migratoires. Puis, elle influence la consommation réelle de services. Autrement dit, les faits de population propres à un territoire dépendent, dans une large mesure, du niveau d'emploi disponible, qui à son tour est en grande partie déterminé par le niveau de ressources allouées aux établissements. Dans un sens, contrôler l'allocation des ressources, c'est aussi contrôler, en partie, l'évolution socio-économique, sociosanitaire et démographique d'un territoire. Les faits de population déterminent, à leur tour, les besoins qu'expriment les habitants d'un territoire, alors que le niveau de services offerts par les établissements situés dans ce territoire détermine le niveau réel de services qui y sont

²⁴⁹ C'est de fait cette normativité plus ou moins respectueuse de la loi qui se trouve fondamentalement critiquée par cette nouvelle doctrine évaluative.

SCHÉMA 2

Impact de la redistribution des fonds publics sur les populations



Source: Larouche, Daniel; Côté, Charles; Boudreault, Marc; Savard, Huguette et Perron, Hélène. L'allocation des ressources de santé et de services sociaux: l'utilisation du taux d'inoccupation. p. 5.

consommés. Or, il subsiste parfois des écarts importants entre ces deux dimensions. En effet, le niveau de services consommés dans un territoire ne correspond pas nécessairement avec le niveau de besoin exprimé par la population qui y habite, d'où des déplacements de clientèles d'un territoire à l'autre. Il ressort également que le niveau d'emploi disponible, dans un territoire, a un impact déterminant sur les migrations, et affecte, par voie de conséquence, la structure démographique par groupes d'âge de sa population, ainsi que son évolution dans le temps. L'allocation des ressources a donc des impacts sur le niveau de services offerts, des impacts sur le niveau d'emploi disponible, ainsi que des impacts sur la composition et le volume des populations. Elle a également des impacts sur le niveau de consommation des services. Les conséquences sur le bien-être des populations sont particulièrement néfastes dans les territoires où les établissements sont sous-financés, et où la disponibilité d'emploi est plus faible²⁵⁰.

5.3 - Impacts des inégalités dans la répartition interrégionale de la richesse collective sur le bien-être des populations régionales: application du modèle:

Dans le premier chapitre, on a vu que, dès le début des années soixante, l'État a choisi d'implanter ses établissements dans les principales villes de la province, plus particulièrement à Montréal et à Québec. Il a d'abord procédé au réaménagement d'anciens édifices qui appartenaient jadis à des communautés religieuses ou à des intérêts privés. Puis il a bâti de nouvelles infrastructures au coût de plusieurs millions de dollars investis à même les taxes et les impôts versés par l'ensemble des contribuables québécois. Au cours des années qui ont suivi, l'État a poursuivi dans cette voie, se trouvant par le fait même à favoriser la croissance de ces agglomérations²⁵¹. Or, l'implantation d'un quelconque établissement sociosanitaire

²⁵⁰ Côté, Charles; Larouche, Daniel; Boudreault, Marc et Martin, Danielle. op.cit. pp. 6-8.

²⁵¹ Truchon, Martin. Les inter-relations public/privé dans l'administration du territoire au Québec: Jalons pour une prospective comparée franco-québécoise. L'aménagement et le développement au Québec: vers une nouvelle logique ? (bloc II cahier 2). Chicoutimi, Groupe de recherche et d'intervention régionales, Département des sciences humaines, Université du Québec à Chicoutimi, Juin 1992. p. 73 et Harvey, Julien; Paiement, Guy; Barriault, Claude et Côté, Charles. op.cit. p. 265.

dans un territoire ne se limite pas simplement à des dépenses immobilières. La décision d'installer un hôpital, un CLSC ou un centre d'accueil dans un territoire suppose également un apport financier récurrent de la part de l'État. Annuellement, l'État doit couvrir les dépenses de fonctionnement et de soutien de l'établissement, lui fournir les ressources matérielles nécessaires pour l'entretien et la réparation de ses biens et équipements, et le doter du personnel nécessaire à sa mission ²⁵². Préalablement à leur traduction en services aux clientèles, une part importante des taxes et des impôts déboursés par les contribuables québécois réfèrent donc aux masses salariales servant à payer des salaires et des honoraires aux personnes chargées d'administrer et de dispenser les services offerts par cet établissement. La présence d'un établissement de santé dans un territoire se traduit ainsi par des emplois directs et indirects, dont le nombre varie selon l'importance du centre de responsabilité. Ces emplois constituent, à leur tour, une source de revenu encore plus importante pour d'autres catégories occupationnelles privées ou publiques qui bénéficient ainsi des retombées indirectes de ces masses salariales ²⁵³. Ainsi, l'absence d'un tel établissement dans un territoire le prive de toutes retombées économiques directes, à l'exception des régions situées en banlieue de Montréal où résident les salariés oeuvrant dans les centres de services de la métropole. Cette situation pose un sérieux problème d'équité en regard des collectivités qui ne reçoivent pas leur juste part des fonds publics auxquels elles ont contribué par leurs taxes et leurs impôts. Cela signifie que leur contribution financière aux services de santé et aux services sociaux auxquels elles ont droit est acheminée dans un autre territoire ²⁵⁴. Dans la revue *Relations*, l'exemple est donné d'une municipalité dépourvue de tout équipement sociosanitaire, qui n'héberge aucun professionnel

²⁵² Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. Fondements et principes de la répartition des fonds publics entre les collectivités: Le cas des dépenses en santé et services sociaux. (document de réflexion). Chicoutimi, Service des études opérationnelles, Direction générale adjointe à l'administration, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Décembre 1994. p. 6 et Harvey, Julien; Paiement, Guy; Barriault, Claude et Côté, Charles. op.cit. p. 268.

²⁵³ On fait référence au principe de l'effet multiplicateur des dépenses publiques dans l'économie québécoise. Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. p. 6 et Harvey, Julien; Paiement, Guy; Barriault, Claude et Côté, Charles. op.cit. p. 268.

²⁵⁴ Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). Rapport d'analyse du « bilan-lits ». (document de travail). Chicoutimi, Direction de la planification, Conseil régional de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Juin 1992. p. 12.

de la santé, et où près des deux tiers de la population de 15 ans et plus ne travaillent pas. Dans un cas pareil, même si la proportion de personnes inoccupées atteint les 60 %, cela signifie que 40 % des citoyens de cette municipalité - les contribuables - paient des taxes et des impôts, dont une grande partie ne revient jamais. Cette portion s'en va dans un autre territoire où elle sert à défrayer les dépenses encourues par la présence d'un tel établissement. Cette situation résulte d'un système dont les critères de redistribution de la richesse collective ont des conséquences qui vont à l'encontre des intentions des politiciens et des technocrates, qui prétendaient vouloir assurer le développement de l'ensemble du territoire québécois en réduisant les écarts inter-régionaux ²⁵⁵.

5.3.1 - Les disparités dans la répartition des emplois disponibles:

Il a été établi qu'une partie importante des taxes et des impôts déboursés par les contribuables, et consacrés aux dépenses de santé et de services sociaux, représente des masses salariales considérables et se traduit par des milliers d'emplois directs et indirects. La répartition de cette somme entre les territoires constitue donc d'emblée, sans égard aux programmes ou aux services offerts, une forme directe et indirecte de répartition de l'emploi. En conséquence, les écarts entre les territoires, dans la redistribution de ces fonds, entraînent des écarts dans la répartition géographique des emplois reliés à ces secteurs d'activités ²⁵⁶. À ce sujet, un rapport du service des études opérationnelles de la RSSS-02 décrit le taux d'inoccupation comme un indicateur permettant de mesurer le niveau de non-emploi et de dépendance d'une population envers l'État ou un tiers, pour l'acquisition des biens et services de première nécessité répondant à ses besoins essentiels ²⁵⁷. Il invalide, par la même occasion, les arguments défendus par les soi-disants experts en équité et spécialistes en

²⁵⁵ Harvey, Julien; Paiement, Guy; Barriault, Claude et Côté, Charles. op.cit. pp. 268 et 274.

²⁵⁶ Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. opcit. p. 6 et Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). op.cit. pp. 12-13.

²⁵⁷ Larouche, Daniel; Côté, Charles; Boudreault, Marc; Savard, Huguette et Perron, Hélène. L'allocation des ressources de santé et de services sociaux: l'utilisation du taux d'inoccupation. (document de travail). Chicoutimi, Service des études opérationnelles, Direction générale adjointe à l'administration, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Novembre 1995. 23 pages.

économie de l'Outaouais, selon lesquels le taux d'inoccupation ne peut être considéré comme un indicateur de pauvreté ou de richesse d'un milieu donné. Pourtant, en tant que mesure statistique, le taux d'inoccupation mesure, à l'échelle d'une population, la proportion des personnes de 15 ans et plus qui dépendent d'un tiers - autres individus, conjoints ou services gouvernementaux - pour l'acquisition des biens de première nécessité. Afin de mieux comprendre, le schéma 3 illustre comment, sur la base de standards nationaux et internationaux, se calculent les indices d'usage universel que sont le rapport emploi-population, le taux de chômage, le taux d'activité et le taux d'inactivité. Parmi tous ces indicateurs, le taux d'inoccupation est le complément ou, si l'on veut, le rapport inverse du rapport emploi-population. Si, pour une population, le rapport emploi-population - c'est-à-dire la proportion de personnes de 15 ans et plus ayant un emploi - est de 58 %, le taux d'inoccupation sera nécessairement de 42 %. On peut donc en déduire que l'équation du taux d'inoccupation s'exprime de la façon suivante:

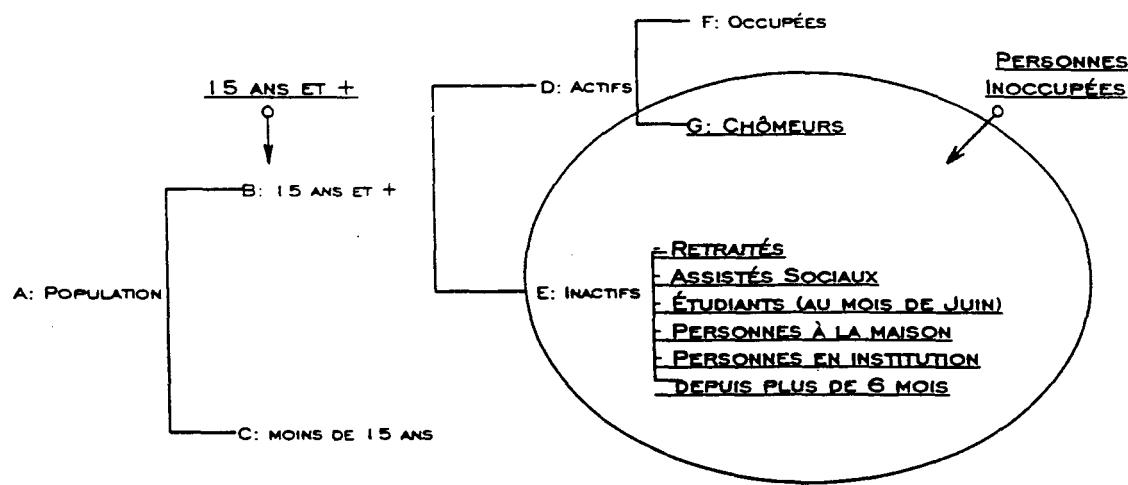
$$(\text{Personnes inactives de 15 ans et plus} + \text{chômeurs}) / \text{Ensemble des 15 ans et plus}$$

Ce sont les différentes interprétations que l'on donne de cet indicateur qui font ressortir les divergences d'opinions qui existent quant à l'utilisation que l'on peut en faire. En examinant de plus près le schéma 3, on constate que le taux d'inoccupation inclut plusieurs éléments qui en font, selon le service des études opérationnelles de la RRSSS-02, un indicateur de développement social particulièrement révélateur de l'état de santé et de bien-être d'une population²⁵⁸. Par définition, le taux d'inoccupation comprend l'ensemble des chômeurs, les personnes âgées à la retraite, les assistés sociaux, les conjoints non rémunérés ou les personnes dites inactives à la maison, les personnes placées en institution depuis plus de six mois, les étudiants de plus de 15 ans sans emploi en période estivale, les sans-abris, les invalides et les personnes inaptes au travail. En établissant la proportion de personnes sans revenu d'emploi parmi l'ensemble des personnes de 15 ans et plus d'une population, le taux

²⁵⁸ *Ibid.*, pp. 9-10.

SCHÉMA 3

Mode de calcul du taux d'inoccupation et de certaines mesures



$$\text{TAUX D'INOCCUPATION} = 1 - \frac{F}{B} \text{ OU } \frac{E + G}{B} \text{ OU } \frac{B - F}{B}$$

RAPPORT EMPLOI/POPULATION =	$\frac{F}{B}$	TAX D'INACTIVITÉ =	$\frac{E}{B}$
TAUX DE CHÔMAGE =	$\frac{G}{D}$	TAUX D'ACTIVITÉ =	$1 - \frac{E}{B}$ OU $\frac{D}{B}$

Source: Larouche, Daniel; Côté, Charles; Boudreault, Marc; Savard, Huguette et Perron, Hélène. L'allocation des ressources de santé et de services sociaux: l'utilisation du taux d'inoccupation. p. 7 et Côté, Charles; Larouche, Daniel; Boudreault, Marc; Savard, Huguette; Martin, Danielle; Perron, Hélène et Thériault, Johanne. Pour une répartition équitable, efficace et efficiente des fonds publics entre les collectivités. p. 30.

d'inoccupation fournit donc une mesure du niveau de dépendance de cette population. Or, cette diversité d'éléments est précisément l'argument sur lequel s'appuient ceux qui s'opposent à son utilisation. Dans le rapport remis au regroupement des établissements sociosanitaires de Hull et de ses environs²⁵⁹, cet indicateur est comparé à une « auberge espagnole ». Il revêt tellement de réalités différentes et mêmes contradictoires qu'il ne peut, selon certains, mesurer judicieusement l'hétérogénéité ou la diversité des conditions socio-économiques des populations. Il ne serait qu'une moyenne non pondérée de divers indicateurs allant dans tous les sens. On ne pourrait que très difficilement le considérer comme un indice de pauvreté ou de richesse, et encore moins comme un indicateur des besoins sociosanitaires d'une population²⁶⁰.

Selon ce même groupe de travail, il y aurait autant de constats différents des conditions socio-économiques d'une population, qu'il y a de catégories et de groupes analysés dans un même territoire, et parmi les personnes dites inoccupées, il y aurait des groupes ou des catégories de gens qui n'appartiendraient pas nécessairement à des catégories sociales défavorisées. Par exemple, les étudiants à temps plein qui proviennent des classes les mieux nanties et qui n'ont pas besoin de travailler pour gagner leurs études, ainsi que les personnes âgées qui profitent de généreux programmes de retraite anticipée, constitueraient des groupes que l'on pourrait difficilement assimiler à la catégorie des démunis. Au cours des quinze dernières années la situation financière des retraités se serait améliorée. Il y aurait propension toujours plus grande aux retraites anticipées grâce aux avantages pécuniers et autres qui y seraient reliés. Les retraités de 50 ans et plus seraient de moins en moins en situation de vulnérabilité. De même, parmi les sans emploi, les catégories chômeurs et personnes inactives se caractériseraient par une grande hétérogénéité dans leur composition

²⁵⁹ Instance territoriale Grande-Rivière/Hull des établissements et des organismes pour la coordination des services sociaux et de la santé.

²⁶⁰ Mandeville, Jocelyne; Savage, Denis; Duclos, Bertrand; Grenier, Gilles et Gauld, Gregg (Materazzi, Franco, sous la coordination de) (Groupe de travail de l'instance territoriale Grande-Rivière/Hull). Rapport du groupe de travail sur l'utilisation d'un indice d'équité pour la réallocation de fonds par la RSSSO: proposition d'un indice basé sur les programmes. (document de travail). Hull, Instance territoriale Grande-Rivière/Hull des établissements et des organismes pour la coordination des services sociaux et de la santé, Avril 1996. pp. 4-5, 17, 20 et 33.

et leur évolution dans le temps, ce qui pourrait biaiser l'analyse comparative d'un taux ou d'un indice selon les territoires ou les périodes observées. Selon Statistique Canada, le statut et le comportement du chômeur varieraient sensiblement selon les périodes et selon les territoires observés. Par exemple, à cause du fort pourcentage de saisonnalité de l'emploi en milieu rural, le chômeur mis à pied temporairement ou devant reprendre le travail au cours des quatre semaines suivantes serait plus présent qu'en zones urbaines, où on rencontrerait un plus fort pourcentage de chômeurs se cherchant activement du travail depuis plus de quatre semaines. Une utilisation sans nuance de la notion d'inoccupés chez les chômeurs intégrerait donc, dans une même statistique, des individus aux besoins et aux comportements très variés, selon les territoires et les périodes observées. Quant à leur statut économique, les chômeurs dont le dernier emploi était assez bien rémunéré, et qui ont pu ainsi accumuler plusieurs timbres d'assurance-chômage et recevoir des prestations assez substantielles, ne feraient pas nécessairement partie des personnes les plus démunies, à condition de retourner sur le marché du travail et d'éviter l'aide sociale. Par ailleurs, le taux d'inoccupation de mesurerait pas, selon eux, la précarité de l'emploi. Il ne mesurerait pas la problématique de plus en plus présente des travailleurs à faible revenu, qui font néanmoins partie des personnes occupées. L'augmentation des emplois contractuels et à temps partiel, au cours des dernières années, ferait en sorte que les maigres revenus tirés de ces occupations réussiraient de moins en moins à sortir ces travailleurs d'un état de pauvreté et de précarité en constante évolution. Les premières victimes de ces faibles revenus seraient les jeunes ménages, les familles monoparentales et les enfants. Les statistiques indiquerait également que la majorité des personnes inoccupées âgées entre 25 et 49 ans seraient des femmes vivant avec un conjoint. Environ 12 % seulement seraient des mères monoparentales sujettes à des difficultés financières. Le taux d'inoccupation s'avérerait également un indicateur inapproprié en ce qui concerne certains territoires, surtout en milieu urbain, où la proportion de jeunes d'âge pré-scolaire et scolaire réclamant des services spécialisés serait plus élevée. Dans certaines zones particulièrement défavorisées, ceux-ci nécessiteraient des interventions sociosanitaires pointues. Or, les jeunes âgés entre 0 et 14 ans ne font pas partie des

personnes inoccupées mesurées par le taux d'inoccupation. Le taux d'inoccupation évolurait donc dans l'espace et dans le temps, au gré de la conjoncture. Il suivrait notamment la dynamique du marché de l'emploi, ce qui en ferait un indicateur dont les fluctuations saisonnières rendraient difficile son utilisation sur une base annuelle, tout en incluant différentes catégories de personnes difficilement assimilables à une situation de précarité. Par conséquent, il faudrait rejeter du revers de la main toute interprétation qui tenterait de faire de cet indicateur un indice global de pauvreté et d'établir des corrélations artificielles avec d'autres indicateurs²⁶¹.

À ce propos, dans une lettre adressée au groupe de travail qui a rédigé le rapport remis au regroupement des établissements socio-sanitaires de Hull et de ses environs, Gilles Grenier, docteur en économie et professeur au département de science économique de l'Université d'Ottawa, soutient que l'utilisation que certains tentent de faire du taux d'inoccupation, comme indicateur de pauvreté, n'est pas pertinente. Pourtant Charles Côté et Daniel Larouche, du service des études opérationnelles de la RRSSS-02, et Claude Barriault, de la RRSSS de l'Outaouais, disent qu'il est fortement corrélé à toute une série d'indicateurs socio-économiques mesurant le niveau de précarité d'une population. Or, selon Grenier, l'existence d'une corrélation ne signifie pas nécessairement la présence d'un lien de causalité. Certaines corrélations se produiraient de manière tout à fait fortuite, c'est-à-dire par pur hasard²⁶². Un bon indice, selon Grenier, doit indiquer clairement un lien de causalité entre les faits mesurés. Or, il n'y aurait pas un tel lien de causalité entre cet indicateur et les autres indicateurs dont on parle ou, s'il y en a un, il serait très confus. Dans le rapport remis au regroupement des établissements socio-sanitaires de Hull et de ses environs, le groupe de travail mis sur pied par l'instance territoriale Grande-Rivière/Hull mentionne que, dans l'annexe thématique préparée par Claude Barriault et Charles Côté pour la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, la corrélation établie entre le taux

²⁶¹ *Ibid.*, pp. 4, 10, 14-17 et 19.

²⁶² *Ibid.*, voir la lettre de Gilles Grenier en annexe du dit document.

d'inoccupation et les autres indicateurs retenus se vérifierait seulement dans 98 territoires de CLSC sur un échantillon de 122, comme si cela était insuffisant. Ils reprochent même à ces derniers d'avoir créé, dans la région de Montréal, des sous-groupes artificiels, pour ne pas dire arbitraires, afin d'établir les corrélations souhaitées. Ils prétendent également que dans la région de l'Outaouais, les corrélations établies par Charles Côté et Claude Barriault ne se vérifieraient que dans trois territoires sur six. Par ailleurs, les niveaux de corrélation établis à l'échelle des régions sociosanitaires seraient probablement plus élevés à cause d'un niveau d'agrégation plus grand. Ils seraient moindres à l'intérieur des territoires de MRC ou de CLSC, où l'on retrouverait, selon eux, un nombre plus grand d'exceptions à la règle²⁶³.

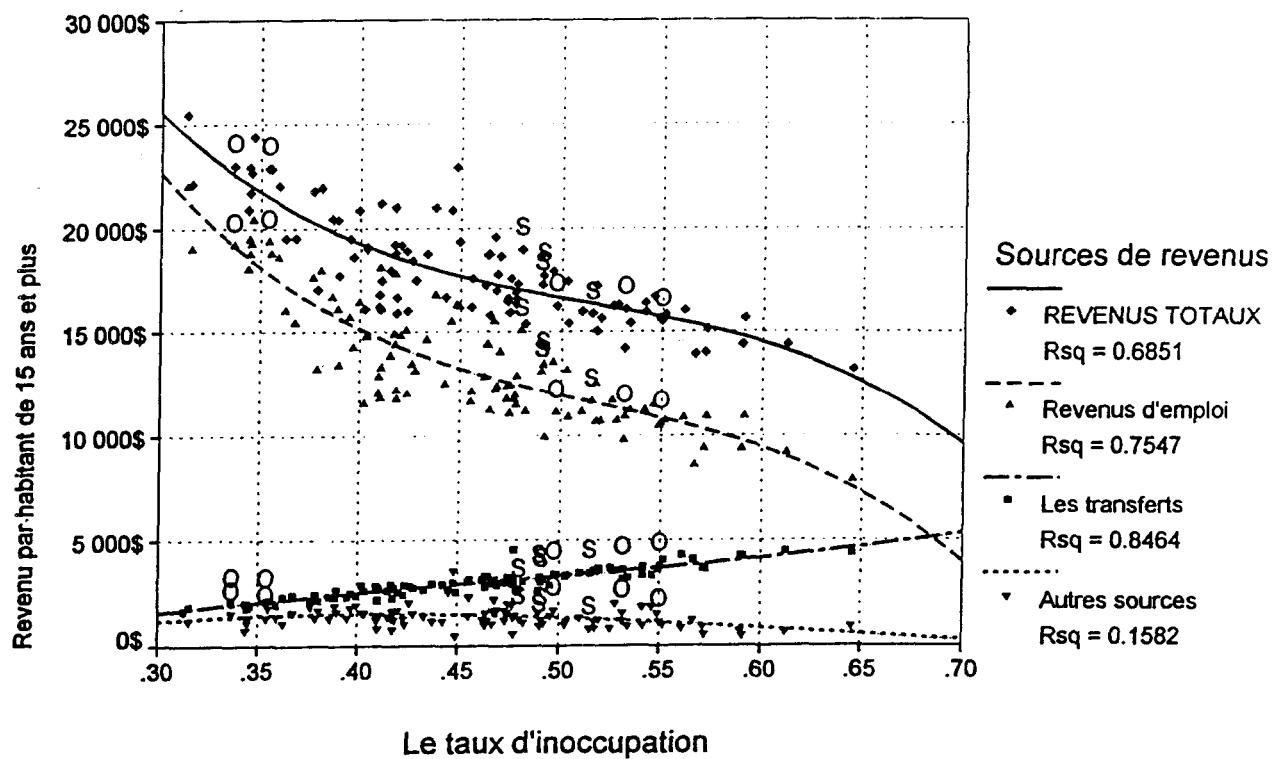
Ces derniers omettent ainsi de parler des corrélations établies par Charles Côté et Claude Barriault à l'époque de la commission Rochon. Selon eux, d'autres indicateurs de richesse et de pauvreté tendraient même à démontrer que les écarts entre les milieux ruraux et les milieux urbains, sans pour autant remettre en cause leur existence, seraient néanmoins moins prononcés que ceux que l'on obtiendrait en utilisant le taux d'inoccupation comme indicateur de comparaison. Cette situation s'expliquerait en partie par le fait que les écarts de revenus entre les milieux ruraux et les milieux urbains seraient pondérés par un coût de la vie généralement moins élevé en milieu rural. Pour évaluer la précarité sociosanitaire des populations, il serait donc préférable, selon eux, de retenir des variables mesurant directement leur état de pauvreté et ce, à l'échelle territoriale la plus petite possible, au lieu de s'accrocher indûment à un indicateur qui se contente d'additionner des variables hétérogènes pour ensuite en faire une moyenne dont l'interprétation demeure douteuse²⁶⁴. Or, les faits présentés par le graphique 14 semblent plutôt corroborer les

²⁶³ *Ibid.*, p. 10.

²⁶⁴ *Ibid.*, pp. 5 et 16.

GRAPHIQUE 14

**Relation entre le taux d'inoccupation et le revenu moyen des 15 ans et plus
par source de revenus (1), dans les MRC du Québec (2)**



(1) Incluant les sans revenus

(2) Sur la base du recensement canadien de 1991

Source: Alonso, Myriam; Boudreault, Marc; Châteauneuf, Louise; Côté, Charles; Desbiens, Hubert; Larouche, Daniel; Lavoie, Nancy; Morency, Marc-André; Tétreault, Rosanne et Truchon, Martin (Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean). Autopsie des arguments d'économistes équitologues contre le taux d'inoccupation comme critère de répartition des fonds publics en santé: rapport d'analyse du Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean. p. 6.

arguments du service des études opérationnelles de la RSSS-02 sur la pertinence d'utiliser le taux d'inoccupation comme indicateur du niveau de pauvreté et de dépendance d'une population, et comme indice permettant de mesurer les besoins sociosanitaires de cette même population. Le graphique montre, en effet, qu'il n'y a pas une seule population au Québec où la richesse ou la pauvreté d'un territoire de MRC n'est pas en lien direct avec le taux d'inoccupation. Selon les membres du « Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean », ce graphique met tout simplement en évidence une vérité que tout le monde connaît sur le rapport entre le travail et la richesse²⁶⁵:

« La richesse de la population d'un territoire est fonction des emplois disponibles et accessibles pour les résidents de ce territoire (ce que mesure le rapport emploi/population). Par voie de conséquence, l'absence de richesse (la pauvreté) est fonction de la non disponibilité et de la non accessibilité d'emplois aux mêmes résidents (mesurée par le taux d'inoccupation) »²⁶⁶.

Les courbes du graphique montrent, sur la base du recensement canadien de 1991, la relation qui existe entre le taux d'inoccupation et le revenu moyen par habitant de 15 ans et plus (incluant les sans revenus), selon les différentes sources de revenus disponibles, dans chacune des MRC de la province. La courbe des « revenus totaux », où sont additionnés les revenus provenant des différentes sources représentées par les autres courbes, montre que plus le taux d'inoccupation (ou de sans emploi) est élevé, plus le revenu moyen par habitant des 15 ans et plus est faible et, inversement, plus le taux d'inoccupation (ou de sans emploi) est faible, plus le revenu moyen par habitant de 15 ans et plus est élevé. En d'autres termes, plus le taux d'inoccupation dans une MRC est élevé, plus la population de cette MRC est pauvre et, inversement, plus le taux d'inoccupation dans une MRC est faible, plus la population de cette MRC est riche. L'hypothèse la plus probable pour expliquer cette

²⁶⁵ Alonso, Myriam; Boudreault, Marc; Châteauneuf, Louise; Côté, Charles; Desbiens, Hubert; Larouche, Daniel; Lavoie, Nancy; Morency, Marc-André; Tétreault, Rosanne et Truchon, Martin (Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean). Autopsie des arguments d'économistes-équitologues contre le taux d'inoccupation comme critère de répartition des fonds publics en santé: rapport d'analyse du Mouvement Ici Saguenay-Lac-Saint-Jean. Chicoutimi, Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Avril 1996. p. 4.

²⁶⁶ Ibid., p. 6.

situation serait que la principale source de revenus d'une population proviendrait d'abord et avant tout des emplois occupés par ceux et celles qui en ont un. Ainsi, plus il y a de gens qui travaillent au sein d'une population, plus le revenu moyen par habitant de cette population a tendance à être élevé. À ce propos, la courbe des « revenus d'emploi » atteste, en effet, l'existence d'une relation étroite entre le revenu moyen par habitant de 15 ans et plus attribuable à l'emploi et le taux d'inoccupation, confirmant ainsi la relation observée précédemment entre l'ensemble des revenus d'une population (voir la courbe des « revenus totaux ») et le niveau d'emploi disponible (rapport emploi/population) ou non disponible (taux d'inoccupation). Autrement dit, plus la disponibilité d'emploi est grande dans un territoire, plus le niveau de richesse per capita de la population qui habite ce territoire est élevé et, inversement, plus la disponibilité d'emploi est faible dans un territoire, plus le niveau de richesse per capita de la population qui habite ce territoire est faible ²⁶⁷. Contrairement à l'interprétation qui compare le taux d'inoccupation à une « auberge espagnole », la relation illustrée par le graphique entre la richesse d'une population et le niveau d'emploi disponible corrobore plutôt l'interprétation selon laquelle le taux d'inoccupation permet de mesurer le niveau de pauvreté d'une population. Et comme cette relation semble se vérifier dans tous les territoires de MRC du Québec, peut-on sérieusement parler de corrélation fortuite ou de pur hasard ?

Il a été dit également que le taux d'inoccupation était un bon indice du niveau de dépendance d'une population, c'est-à-dire de l'importance relative ou de la proportion occupée par les personnes de 15 ans et plus qui, sans emploi ou ne pouvant travailler, dépendent d'un tiers pour subvenir à leurs besoins, le tiers en question étant dans la plupart des cas représenté par l'État. La courbe des « transferts gouvernementaux » du graphique met justement en évidence le lien direct qui existe entre le niveau de pauvreté d'une population et son niveau de dépendance des différents programmes gouvernementaux garantissant un revenu minimum répondant aux besoins essentiels des individus. Elle montre

²⁶⁷ *Ibid.*, p. 6.

plus précisément la relation qui existe entre le revenu moyen par habitant attribuable à des paiements de transferts gouvernementaux et le taux d'inoccupation. En rapprochant cette courbe des deux courbes précédentes, on constate que les territoires de MRC où le taux d'inoccupation est le plus élevé (donc avec le moins d'emplois disponibles) regroupent les populations dont le revenu moyen par habitant de 15 ans et plus est le plus faible, mais où, par contre, les paiements de transferts gouvernementaux (assurance-chômage, bien-être social, indemnité pour invalidité, etc.) et la part qu'ils occupent dans l'ensemble des revenus sont les plus élevés. Inversement, les territoires de MRC où la disponibilité d'emploi est la plus grande (et le taux d'inoccupation plus faible) regroupent les populations dont le revenu moyen par habitant de 15 ans et plus est le plus élevé, mais où, par contre, les paiements de transferts gouvernementaux et la part qu'ils occupent dans l'ensemble des revenus sont les plus faibles. En d'autres mots, quand une population est pauvre, c'est-à-dire qu'une part importante des individus qui la composent ne peut subvenir à ses besoins essentiels par ses propres moyens, faute d'emplois en quantité suffisante, l'État compense l'absence de revenus par des paiements de transferts leur garantissant un revenu minimum. Ainsi, plus le taux d'inoccupation est élevé dans un territoire, plus la population de ce territoire regroupe des gens démunis qui dépendent directement de l'État pour subvenir à leurs besoins, entraînant ainsi une augmentation substantielle des paiements de transferts gouvernementaux. Puisque ces transferts sont financés à même les taxes et les impôts versés par les contribuables, on peut parler, dans les milieux les plus défavorisés, de populations entières acculées à vivre de la richesse produite ailleurs, par des gens appartenant à des populations où le niveau d'emploi est plus élevé et où, par conséquent, les revenus reliés à ces occupations, et la part versée à l'État en taxes et en impôts, sont aussi plus élevés²⁶⁸.

Contrairement à ce que prétendent les soi-disants experts en équité et spécialistes en économie, il y aurait un lien de causalité direct entre le taux d'inoccupation (ou de sans emploi) dans un territoire et le niveau de pauvreté et de dépendance de la population qui

²⁶⁸ Ibid., pp. 6-7.

habite ce territoire. L'un serait l'indicateur de l'autre. Dans leur propre rapport sur cette question, les membres du « Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean » et le service des études opérationnelles de la RSSS-02 prétendent que les opposants à l'utilisation du taux d'inoccupation commettent une erreur méthodologique importante en tentant de conférer à des individus seuls ou en catégories, les caractéristiques des populations auxquelles ils appartiennent et vice versa, puis d'en tirer des conclusions erronées. L'erreur consiste, selon eux, à confondre encore une fois les caractéristiques des populations et celles des individus, puis à conclure que la pauvreté ou la richesse des deux, c'est la même chose. Prenons, par exemple, une population de dix individus, dont neuf ont de faibles revenus et dépendent de divers programmes gouvernementaux pour assurer leur subsistance. La présence d'un dixième individu, avec des revenus beaucoup plus élevés que ces concitoyens, peut facilement faire augmenter l'ensemble des revenus de cette population, fausser le revenu moyen par habitant et créer l'illusion d'une population plus riche qu'elle ne l'est en réalité. Il y aurait donc une différence importante entre les caractéristiques d'une population, celles des différentes catégories d'individus qui la composent et celles des individus qui en font partie. Ainsi, la présence de rentiers ou de personnes âgées bénéficiant de généreux programmes de retraite anticipée et d'étudiants pas trop mal pris, à l'intérieur d'une même population, n'invaliderait pas pour autant la pauvreté mesurée dans l'ensemble de cette population par un indicateur comme le taux d'inoccupation. Or, si la présence de quelques riches individus ne suffit pas à elle seule pour effacer la pauvreté de toute une population, celle d'un très grand nombre d'individus, par contre, serait directement causée par la pauvreté de la population à laquelle ils appartiennent, et donc indirectement, mais en première instance, par ce que mesurerait le taux d'inoccupation, soit le niveau de sous emploi dans le territoire où habite cette population. La richesse ou la pauvreté d'une population serait donc non seulement fonction de la richesse ou de la pauvreté de l'ensemble des individus qui en font partie, mais également de la proportion de personnes de 15 ans et plus qui ont au moins un emploi (le rapport emploi/population) ou qui n'en ont pas (le taux d'inoccupation), sans prétendre pour autant que tous les gens sans emploi sont pauvres

ni que ceux qui en ont un font nécessairement de gros salaires²⁶⁹. Les faits établis semblent donc réfuter les arguments de ceux qui s'opposent à l'utilisation du taux d'inoccupation et confirmer la pertinence d'utiliser cet indicateur pour mesurer le niveau de pauvreté et de dépendance d'une population. D'autant plus, qu'à part un certain nombre de personnes âgées bénéficiant de généreux programmes de retraite anticipée, et de quelques étudiants privilégiés occupant un emploi suffisamment rémunéré, ou dont les parents défraient entièrement tous les frais de scolarité et de subsistance encourus pendant leurs études, les autres vivent pour la plupart d'un modeste revenu provenant soit d'une pension de vieillesse, soit d'un prêt ou d'une bourse d'étude, et sont bien loin d'appartenir à la catégorie des gens fortunés. Tous ces gens dépendent en fait, dans une très large mesure, des sommes que leur verse périodiquement l'État. Il en va de même d'ailleurs de tous ceux et celles qui n'ont pas d'emploi ou qui, pour une raison ou une autre, sont dans l'incapacité de travailler. Étant dans l'impossibilité de subvenir à leurs besoins par leurs propres moyens, ils sont acculés à vivre de divers programmes mis sur pied par l'État et financés à même les taxes et les impôts versés par les contribuables. Cette « aide » gouvernementale, si l'on peut parler ainsi, prend alors diverses formes, dont les plus connues sont sans aucun doute les prestations d'assurance-chômage et de bien-être social et les indemnités versées aux accidentés du travail et aux personnes handicapées. À cela, s'ajoutent tous les autres programmes destinés aux personnes qui souffrent et qui n'ont que l'État pour subvenir à leurs besoins.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) corrobore également cette interprétation des faits dans un rapport où des représentants en santé publique des RRSSS de Montréal-centre, de Québec et de la Montérégie reconnaissent non seulement la pertinence d'utiliser le taux d'inoccupation pour mesurer le niveau de pauvreté et de

²⁶⁹ Ibid., pp. 7, 10 et 13-15.

dépendance d'une population, mais également son utilité pour évaluer ses besoins sociosanitaires²⁷⁰

« Cet indicateur, disent-ils, est utilisé comme mesure de la vulnérabilité économique des personnes de 15 ans et plus dans la mesure où elles ne tirent aucun revenu d'emploi et de ce fait dépendent d'un tiers ou de l'État pour l'acquisition de biens de première nécessité. À l'échelle des communautés, il est utilisé comme une mesure du niveau de développement social et économique: plus cette proportion est élevée, plus le territoire est défavorisé »²⁷¹.

D'aucuns seraient tentés de le considérer comme le meilleur baromètre qui soit de l'état de santé d'une population. Une enquête du MSSS sur les variations géographiques de la santé au Québec corrobore, en effet, les études démontrant l'existence d'une relation entre le taux d'inoccupation à l'intérieur d'un territoire et certaines habitudes de vie et l'état de santé de sa population, les zones dont les taux d'inoccupation sont les plus élevés se caractérisant en général par un profil plus défavorable pour de nombreux indicateurs sociosanitaires²⁷². Par conséquent, cette mesure indiquerait non seulement le niveau de pauvreté et de dépendance d'une population, c'est-à-dire son état de vulnérabilité économique et sociosanitaire, mais serait également un bon indice des besoins qu'elle éprouve en services de santé et en services sociaux. Par ailleurs, étant donné que le taux d'inoccupation mesure la proportion de la population de 15 ans et plus inoccupée (sans emploi) par rapport à la population totale de 15 ans et plus dans un territoire, la comparaison des taux d'inoccupation observés dans les différentes parties du territoire québécois permet surtout, et en première instance, de comparer les niveaux de sans emploi entre ces différents territoires et de mesurer, par la

²⁷⁰ Chevalier, Serge; Choinière, Robert; Ferland, Marc; et al. (Groupe de travail pour les systèmes d'information sur la santé communautaire). Indicateurs sociosanitaires: définitions et interprétations. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 1995. p. 80.

²⁷¹ Ibid., p. 80.

²⁷² Ibid., p. 80; Pampalon, Robert; Raymond, Guy; Beaudry, Daniel et Gauthier, Daniel. « Les variations géographiques de la santé au Québec: une analyse de l'enquête santé Québec par aire homogène ». Dans Les cahiers de géographie du Québec. vol. 34, no. 92, Septembre 1990, pp. 137-160 et Pampalon, Robert; Raymond, Guy; Beaudry, Daniel et Gauthier, Daniel. La santé à la carte: une exploration géographique de l'enquête santé Québec. Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990. 60 pages.

même occasion, les écarts dans la distribution géographique des emplois et les disparités en découlant en matière de carences d'emploi. Quant à la relation observée à l'intérieur d'un territoire entre le taux d'inoccupation et les sommes qui y sont dépensées par l'État en matière de services de santé et de services sociaux, elle met en évidence les conséquences de l'absence ou du niveau peu élevé de tels investissements sur le niveau d'emplois disponibles dans ce territoire.

Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à regarder les chiffres présentés ci-dessous. Ceux-ci permettent d'apprécier dans toute son ampleur l'importance des dépenses de l'État dans le domaine de la santé et des services sociaux par rapport à l'ensemble de ses dépenses et de l'économie québécoise. Les états financiers du Gouvernement du Québec indiquent que du 1^{er} avril 1994 au 31 mars 1995, le MSSS et la RAMQ ont réalisé des dépenses totalisant 12 862 700 000 \$, sur des dépenses totales de 42 147 338 000 \$, soit 30,52 % de l'ensemble des crédits utilisés. C'est presque le tiers de l'ensemble des dépenses du Gouvernement²⁷³. Celles-ci représentent environ 10 % du PIB québécois. Ces sommes sont en grande partie destinées à payer des salaires et des honoraires à différentes catégories de professionnels possédant les compétences et les connaissances nécessaires pour répondre aux besoins sociosanitaires des individus²⁷⁴. On retrouve dans ces catégories, 22 professions auxquelles on reconnaît des priviléges d'utilisation de titres²⁷⁵ et d'exercice exclusif²⁷⁶, et une cinquantaine d'autres occupations²⁷⁷, dont les membres exercent dans l'un ou l'autre des établissements ou organismes du réseau. Les dépenses occasionnées par l'emploi de ces personnes représentent plus de 80 % des dépenses gouvernementales dans ce champ

²⁷³ Ministère des Finances. Rapport financier 1994-1995. Québec, Ministère des Finances, 1995. pp. 14-15.

²⁷⁴ Dussault, Gilles. « Les producteurs de services sociosanitaires ». Dans Lemieux, Vincent; Bergeron, Pierre; Bégin, Clermont et Bélanger, Gérard (sous la direction de). Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux. Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1994. p. 193.

²⁷⁵ Diététistes, ergothérapeutes, hygiénistes dentaires, infirmiers et infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, orthophonistes et audiologistes, physiothérapeutes, psychologues, techniciens et techniciennes dentaires, technologistes médicaux, travailleurs sociaux.

²⁷⁶ Audioprothésistes, chiropraticiens, dentistes, denturologistes, infirmières et infirmiers, médecins, opticiens d'ordonnance, optométristes, pharmaciens, podiatres, techniciens en radiologie.

²⁷⁷ Incluant les cadres, les employés de bureau, les ouvriers et tout le personnel de soutien nécessaire.

d'intervention. Dans un article consacré aux producteurs de services, Gilles Dussault, du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, estime que le réseau sociosanitaire est de loin le plus gros employeur du Québec, avec plus de 200 000 personnes qui y travaillent annuellement²⁷⁸. Selon les statistiques sur les cadres et les syndiqués à l'emploi du réseau, 239 231 personnes étaient en poste dans le réseau le 31 mars 1993, soit l'équivalent de 172 287 postes à temps plein. Parmi eux, on comptait 14 455 cadres, soit l'équivalent de 12 570 postes à temps plein, et 224 776 syndiqués, c'est-à-dire 159 717 postes en équivalents en temps plein²⁷⁹. Le salaire de base moyen des cadres était de 55 611 \$ alors que celui des employés syndiqués était de 32 367 \$. Les cadres et les syndiqués réunis représentaient une masse salariale de 5 757 263 477 \$. Le temps supplémentaire et les avantages sociaux atteignaient, quant à eux, la somme de 421 388 714 \$, ce qui montre bien l'ampleur des sommes dépensées par l'État dans ce secteur d'activité²⁸⁰. Malgré les limites inhérentes²⁸¹ aux données disponibles, les tableaux 24, 25 et 26 donnent un aperçu général de l'évolution des effectifs dans l'ensemble du réseau entre 1977-1978 et 1994-1995²⁸². Le

²⁷⁸ Dussault, Gilles. op.cit. p. 197.

²⁷⁹ Provencher, Gérald; Poulin, Jocelyn; et al. (Gingras, Pierre, sous la supervision de). Statistiques sur les cadres de la santé et des services sociaux: 1992-1993. Québec, Service de recherche et ananalyse - Personnel du réseau, Direction du soutien professionnel et de la rémunération, Direction générale des relations de travail, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994. p. 93 et Provencher, Gérald; Poulin, Jocelyn; et al. (Gingras, Pierre, sous la supervision de). Statistiques sur le personnel de la santé et des services sociaux par catégorie d'établissements et par catégorie d'emploi: 1992-1993. Québec, Service de recherche et ananalyse - Personnel du réseau, Direction du soutien professionnel et de la rémunération, Direction générale des relations de travail, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994. p. 29.

²⁸⁰ Ibid., pp. 29 et 32 et Provencher, Gérald; Poulin, Jocelyn; et al. op.cit. pp. 93, 95 et 204.

²⁸¹ Les données disponibles sur la main-d'œuvre du secteur des services sociosanitaires proviennent de sources multiples qui ne fournissent que des informations partielles sur le profil socioprofessionnel des personnes qui produisent des services. Il est impossible actuellement de tracer un portrait exhaustif et détaillé du bassin de producteurs et même dans certains cas d'en évaluer la taille exacte en nombre d'individus. Dussault, Gilles. op.cit. p. 196.

²⁸² Sont exclus de ces statistiques, tous les producteurs non reconnus qui appartiennent au secteur dit informel de la production sanitaire, et qui offrent des services différents, complémentaires, et parfois alternatifs aux services officiels. Même s'ils ont été nombreux à arriver sur le marché des soins depuis les années soixante, on sait peu de choses sur eux, du fait de leur marginalité et du caractère plus ou moins informel ou non réglementé de leur pratique. On retrouve ces gens surtout dans les domaines de la médecine chinoise, des manipulations (massage thérapeutique, ostéopathie, orthothérapie), de l'acupuncture, de l'homéopathie, des médications naturelles (phytothérapie, naturopathie), des approches énergétiques (polarité, réflexologie) et des psychothérapies. Même si certains prétendent qu'ils représentent probablement la part la plus importante, en quantité, des soins et des services consommés, il demeure difficile de dire quel est le bassin réel qu'ils représentent, quel est leur volume de production et quelle part occupe exactement cette production dans l'ensemble du système. Dussault, Gilles. op.cit. pp. 194, 206-208.

TABLEAU 24

Évolution des effectifs (cadres et syndiqués) calculés en équivalents en temps plein (ETP), par catégorie d'emploi, au sein du réseau des établissements de santé et de services sociaux, de 1980-1981 à 1992-1993

Catégorie d'emploi	1980-1981	1982-1983	1984-1985	1986-1987	1988-1989	1990-1991	1992-1993	% de variation 1980-1981 à 1992-1993 $H = [(G/A) - 1] \times 100$
	A	B	C	D	E	F	G	
Professionnels	6 094	6 629	7 693	8 848	10 315	11 161	12 285	101,59
Infirmières	26 486	26 453	28 605	30 616	32 861	34 811	35 902	35,55
Techniciens	15 563	16 078	17 633	18 481	20 264	21 457	22 327	43,46
Ass. techniciens	41 528	39 645	40 481	40 778	41 097	41 694	41 391	-0,33
Stagiaires-étudiants	314	110	130	308	466	625	706	124,84
Employés de bureau	19 274	18 411	19 511	19 875	20 743	21 066	21 270	10,36
Ouvriers	28 229	27 537	27 979	27 613	27 071	26 390	25 835	-8,48
Cadres	12 511	12 659	12 532	12 645	12 684	12 774	12 570	0,47
TOTAL	149 999	147 522	154 564	159 164	165 501	169 978	172 286	14,86

Source: SÉRHUM: Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système sociosanitaire québécois. 1982-1983 à 1992-1993.
pp. 13-14; 1980-1981 à 1988-1989, pp. 13-14.

TABLEAU 25

Évolution des effectifs (cadres et syndiqués) calculés en équivalents en temps plein (ETP), par type d'établissement,
au sein du réseau des établissements de santé et de services sociaux, 1980-1981 à 1992-1993

Classe d'établissement	1980-1981	1982-1983	1984-1985	1986-1987	1988-1989	1990-1991	1992-1993	% de variation 1980-1981 à 1992-1993 $H = [(G/A) - 1] \times 100$ H
	A	B	C	D	E	F	G	
CHSGS	84 557	81 973	85 178	88 564	91 010	93 307	94 704	12,00
CHSP	12 938	12 190	12 437	13 929	13 767	13 321	12 749	-1,46
CLSC	4 607	5 287	6 796	8 555	10 356	11 041	11 939	159,15
CPEJ	6 102	5 354	5 855	4 991	5 309	5 334	5 360	-12,16
CR	12 521	12 621	13 220	13 242	13 757	14 347	14 471	15,57
CHSLD	22 513	24 091	25 232	23 333	24 042	24 807	25 041	11,23
RRSSS	370	513	415	843	956	949	1 077	191,08
CH, CR et CHSLD privés	6 391	5 496	5 433	5 705	6 308	6 870	6 947	8,70
TOTAL	149 999	147 525	154 566	159 162	165 505	169 976	172 288	14,86

Source: SÉRHUM: Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système socio-santé québécois. 1982-1983 à 1992-1993.
pp. 17-18; 1980-1981 à 1988-1989, pp. 17-18.

TABLEAU 26

Évolution des effectifs calculés en nombres absolus, des corporations professionnelles du secteur de la santé et des services sociaux du Québec, de 1977-1978 à 1994-1995

Corporations professionnelles	Nb. de membres 1977-1978 A	Nb. de membres 1983-1984 B	Nb. de membres 1991-1992 C	Nb. de membres 1994-1995 D	% de variation 1977-1978 à 1994-1995 E = [(D/A) - 1] x 100 E
Corp. d'exercice exclusif:					
Audioprothésistes	100	96	145	170	70,00
Chiropraticiens	479	579	775	827	72,65
Dentistes	2 258	2 742	3 294	3 547	57,08
Denturologistes	629	844	909	912	44,99
Infirmières	45 527	52 956	63 712	66 715	46,54
Médecins	11 247	13 304	16 625	16 885	50,13
Opticiens d'ordonnance	396	469	959	766	93,43
Optométristes	710	866	1 089	1 170	64,79
Pharmaciens	3 144	3 852	4 860	nd	nd
Podiatres	127	117	98	nd	nd
Techniciens en radiologie	2 514	2 816	3 386	3 678	46,30
Sous-total	67 131	78 641	95 852	94 670	41,02
Corp. de titre réservé:					
Diététistes	951	1 219	1 748	1 896	99,37
Ergothérapeutes	388	693	1 393	1 821	369,33
Hygiénistes dentaires	609	1 164	2 284	2 736	349,26
Infirmières auxiliaires	16 674	18 848	19 565	19 519	17,06
Inhalothérapeutes	897	1 318	1 725	nd	nd
Orthophonistes-audiologistes	241	445	665	815	238,17
Physiothérapeutes	905	1 407	2 427	2 797	209,06
Psychologues	1 889	2 947	5 217	5 921	213,45
Techniciens dentaires	217	252	302	328	51,15
Technologistes médicaux	2 039	1 974	2 342	2 463	20,79
Travailleurs sociaux	1 803	1 906	3 055	3 725	106,60
Sous-total	26 613	32 173	40 723	42 021	57,90
TOTAL	93 744	110 814	136 575	136 691	45,81

Source: Dussault, Gilles. "Les producteurs de services sociosanitaires". Dans Le système de santé au Québec. p. 202 et Office des professions du Québec. Rapports annuels. 1994-1995, p. 37 et 1991-1992, p. 38.

tableau 24 permet de suivre l'évolution du nombre total de postes par catégorie d'emploi, en équivalents en temps plein (ETP)²⁸³ entre 1980-1981 et 1992-1993, selon les données du MSSS. Le tableau 25 montre l'évolution de ces effectifs par catégorie d'établissements, durant la même période. Le tableau 26, quant à lui, décrit l'évolution des effectifs des corporations professionnelles²⁸⁴, en nombres absolus, entre 1977-1978 et 1994-1995. En observant la dernière colonne de ces tableaux, on peut voir que les effectifs du réseau ont augmenté de façon assez substantielle depuis la fin des années soixante-dix, soit une augmentation de 14,86 % des effectifs (ETP) chez les cadres et les syndiqués, entre 1980-1981 et 1992-1993, et une augmentation de 45,81 % des effectifs des corporations professionnelles, entre 1977-1978 et 1994-1995.

Ces ressources sont de toute évidence réparties de façon inégale entre les différentes composantes du territoire québécois, comme le montrent les tableaux 27 et 28 avec un aperçu de la répartition des effectifs du réseau entre les différentes régions sociosanitaires du Québec, en 1992-1993. Le tableau 27 montre leur répartition par région sociosanitaire et par catégorie d'emploi, tandis que le tableau 28 montre leur répartition par région sociosanitaire et par type d'établissement. Le tableau 29, quant à lui, montre la répartition des effectifs des corporations professionnelles du réseau entre les différentes régions sociosanitaires du Québec, en 1994-1995. En observant la dernière colonne de ces tableaux, on peut voir que

²⁸³ Un poste équivalent en temps plein correspond au temps travaillé par un employé à temps complet régulier sur une période d'un an, ce qui équivaut à 1 826,3 heures en 1991. L'utilisation d'une équivalence en temps plein vient du fait qu'il est pratiquement impossible de connaître le nombre exact de personnes à l'emploi du réseau sociosanitaire. En effet, si on connaît le nombre de postes et leur équivalent en temps plein, on ne peut savoir, par contre, combien de personnes travaillent dans le réseau. Plusieurs postes sont à temps partiel ou sont occupés pour une période limitée. De même, un même individu peut occuper plus d'un poste au cours d'une même année et être comptabilisé plus d'une fois. Ainsi, l'information la plus significative disponible actuellement, est celle donnée par les statistiques qui ramènent les emplois en leur équivalent en temps plein. **Dussault, Gilles.** op.cit. p. 197.

²⁸⁴ Notons que tous les membres en règle d'une corporation professionnelle d'exercice exclusif ne sont pas nécessairement des producteurs ou des dispensateurs de soins ou de services: certains n'exercent aucune activité professionnelle pour diverses raisons (retraite, retour aux études, congés prolongés, etc.), d'autres sont des enseignants, des administrateurs, des chercheurs, etc. Par ailleurs, l'exercice des activités correspondant aux champs réglementés par les corporations de titre réservé ne se limite pas aux seuls membres en règle de ces corporations. Il est possible, par exemple, que quelqu'un puisse avoir des activités d'hygiéniste dentaire sans être membre de la corporation professionnelle des hygiénistes dentaires. Il ne peut toutefois utiliser le titre d'hygiéniste dentaire. Il en résulte que les données sur les effectifs appartenant aux catégories professionnelles appartenant à ces corporations ne représentent pas nécessairement le nombre exact de personnes qui oeuvrent dans ces domaines. **Dussault, Gilles.** op.cit. p. 201.

TABLEAU 27

Répartition des effectifs (cadres et syndiqués) calculés en équivalents en temps plein (ETP),
par région sociosanitaire et par catégorie d'emploi, en 1992-1993

Région sociosanitaire	Professionnels A	Infirmières B	Techniciens C	Assistants- techniciens D	Employés de bureau E	Ouvriers F	Étudiants- stagiaires G	Cadres H	Total en ETP I	Total en % J
01-Bas-St-Laurent	382	1 083	717	1 481	620	923	20	434	5 660	3,28
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	392	1 385	914	1 435	794	1 171	14	526	6 631	3,85
03-Québec	1 598	4 865	2 917	4 836	2 653	2 966	168	1 475	21 478	12,47
04-Mauricie-Bois-Francs	638	2 149	1 435	3 026	1 209	1 721	41	857	11 076	6,43
05-Estrie	506	1 535	817	1 649	977	1 139	31	506	7 160	4,15
06-Montréal-Centre	4 905	14 055	8 424	15 191	8 770	10 209	309	4 659	66 522	38,61
07-Outaouais	515	1 176	785	1 203	702	749	12	430	5 572	3,23
08-Abitibi-Témiscamingue	331	807	608	809	508	613	17	313	4 001	2,32
09-Côte-Nord	217	583	377	502	375	376	8	220	2 658	1,54
10-Nord-du-Québec	19	97	47	51	55	55	1	41	366	0,21
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	211	612	347	587	348	494	10	268	2 877	1,67
12-Chaudière-Appalaches	321	1 377	802	1 956	678	1 106	11	479	6 730	3,91
13-Laval	223	708	599	923	402	561	18	327	3 761	2,18
14-Lanaudière	254	949	547	1 225	496	648	9	299	4 427	2,57
15-Laurentides	484	1 093	857	1 575	721	825	15	484	6 054	3,51
16-Montérégie	1 274	3 311	2 051	4 836	1 903	2 190	14	1 204	16 783	9,74
17-Kativik	6	68	38	52	25	47	6	25	267	0,15
18-Terres-Cries-de-la-Bale-James	11	50	49	54	35	41	1	25	266	0,15
Ensemble du Québec	12 287	35 903	22 326	41 391	21 271	25 834	705	12 572	172 289	100,00

Source: SÉRHUM: Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du réseau. 1992-1993. p. 28;
Statistiques sur les cadres et les syndiqués du réseau. 1992-1993. pp. 28-29 et 251-257.

TABLEAU 28

Répartition des effectifs (cadres et syndiqués) calculés en équivalents en temps plein (ETP),
par région sociosanitaire et par type d'établissement, en 1992-1993

Région sociosanitaire	CHSGS	CHSP	CLSC	CPEJ	CR	CHSLD	RRSSS	CH-CR-CHSLD privés	Total en ETP	total en %
	A	B	C	D	E	F	G	H		
01-Bas-St-Laurent	2 769	633	546	163	321	1 131	58	40	5 661	3,28
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	4 133	249	460	179	736	774	60	39	6 630	3,85
03-Québec	12 216	3 707	669	668	2 269	1 277	149	511	21 466	12,46
04-Mauricie-Bois-Francs	5 761	814	778	288	787	2 440	66	142	11 076	6,43
05-Estrie	4 373	0	506	168	539	1 344	54	177	7 161	4,16
06-Montréal-Centre	38 577	5 485	2 587	2 356	4 689	8 939	231	3 659	66 523	38,61
07-Outaouais	2 803	280	582	200	549	897	80	180	5 571	3,23
08-Abitibi-Témiscamingue	1 975	111	592	153	471	620	79	0	4 001	2,32
09-Côte-Nord	1 210	0	856	103	208	199	84	0	2 660	1,54
10-Nord-du-Québec	199	0	164	0	0	0	0	0	363	0,21
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1 537	326	457	156	103	299	1	0	2 879	1,67
12-Chaudière-Appalaches	3 342	394	780	0	435	1 397	0	383	6 731	3,91
13-Laval	1 648	0	343	0	795	448	1	524	3 759	2,18
14-Lanaudière	2 760	0	390	0	400	633	1	243	4 427	2,57
15-Laurentides	2 724	749	480	377	409	930	88	297	6 054	3,51
16-Montérégie	8 144	0	1 749	547	1 752	3 713	125	752	16 782	9,74
17-Kativik	267	0	0	0	0	0	0	0	267	0,15
18-Terres-Cries-de-la-Baie-James	266	0	0	0	0	0	0	0	266	0,15
Ensemble du Québec	94 704	12 748	11 939	5 358	14 463	25 041	1 077	6 947	172 277	100,00

Source: SÉRHUM: Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du réseau. 1992-1993. p.30;
Statistiques sur les cadres et les syndiqués du réseau. 1992-1993. pp. 48-65 et 258-267.

TABLEAU 29

Répartition des effectifs calculés en nombres absolus, des corporations professionnelles du secteur de la santé et des services sociaux du Québec, par région sociosanitaire, en 1994-1995

Corporations professionnelles	RSS-01 A	RSS-02 B	RSS-03 C	RSS-04 D	RSS-05 E	RSS-06 F	RSS-07 G	RSS-08 H	RSS-09 I	RSS-10 J	RSS-11 K	RSS-12 L	RSS-13 M	RSS-14 N	RSS-15 O	RSS-16 P
Médecins	377	518	2 100	723	698	6 137	454	255	160	27	183	598	465	418	544	1 797
Audiooprothésistes	5	6	20	12	11	68	6	2	1	0	0	4	4	8	6	17
Chiropraticiens	22	28	152	59	25	437	27	16	9	16	22	152	437	437	437	437
Dentistes	73	104	638	638	103	1 480	112	50	30	13	73	638	168	96	154	482
Denturologistes	17	44	94	61	33	236	28	21	11	2	11	35	40	45	58	174
Diététistes	27	57	270	88	70	822	49	22	20	4	12	50	52	42	66	203
Ergothérapeutes	37	31	224	99	62	803	52	16	10	1	15	45	80	59	57	167
Hygiénistes dent.	41	120	305	261	78	467	149	42	31	7	20	139	113	143	148	616
Infirmières	2 062	2 780	7 880	4 139	2 730	14 871	2 148	1 497	907	187	1 119	3 576	3 153	3 049	3 447	10 833
Infirmières aux.	912	1 137	2 498	1 998	763	3 032	606	434	221	29	452	1 694	754	849	1 106	2 896
Inhalothérapeutes	nd															
Opticiens	11	20	85	34	21	317	13	0	1	1	2	25	55	26	12	136
Optométristes	42	44	87	82	49	312	44	27	24	1	14	39	63	50	68	197
Ortho/audio.	12	14	85	33	30	351	33	12	5	0	5	18	37	35	31	92
Pharmaciens	nd															
Physiothérapeutes	70	69	301	141	93	1 096	92	36	28	2	33	77	129	101	113	331
Podiatres	nd															
Psychologues	82	134	835	353	271	1 971	214	58	52	8	50	142	245	183	241	695
Tech. dent.	4	6	38	12	8	121	5	3	0	0	0	12	28	11	7	61
Tech. radio.	122	126	465	192	152	1 354	125	71	69	21	67	156	110	96	130	408
Tech. médi.	133	100	368	152	113	488	102	86	51	18	51	117	101	79	129	360
Trav. sociaux	65	124	478	118	123	1 520	116	112	66	12	42	143	124	89	116	402
Total en nombres absolus	4 114	5 462	16 923	9 195	5 433	35 883	4 375	2 760	1 696	349	2 171	7 660	6 158	5 816	6 870	20 304
Total en %	3,04	4,04	12,52	6,80	4,02	26,55	3,24	2,04	1,25	0,26	1,61	5,67	4,55	4,30	5,08	15,02

Source: Rapport annuel de l'Office des professions du Québec, 1994-1995, pp. 38-40.

le degré de concentration géographique des effectifs du réseau est très élevé. Plus de la moitié (51,08 %) des cadres et des syndiqués se concentrent dans les régions de Montréal-Centre et de Québec. Il en va de même en ce qui concerne les effectifs des corporations professionnelles, dont plus du tiers (39,07 %) exercent leur profession dans ces deux régions. Cette concentration géographique des ressources humaines s'accompagne évidemment d'une concentration géographique des crédits versés sous formes de salaires, d'honoraires, de temps supplémentaire et d'avantages sociaux divers. Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à regarder les rapports financiers annuels ²⁸⁵ des établissements de santé et de services sociaux ²⁸⁶. Les tableaux 30 et 31 en exposent l'essentiel. Plus exactement, le tableau 30 permet de suivre l'évolution de la part relative des sommes versées par le MSSS en salaires et en avantages sociaux parmi l'ensemble de ses dépenses, mesurées en coûts directs bruts, dans chacune des régions sociosanitaires de la province, de 1986-1987 à 1991-1992. Quant au tableau 31, il indique, pour chacune des années couvrant cette période, la part relative occupée par les sommes dépensées par le MSSS en salaires et en avantages sociaux dans chacune des régions sociosanitaires par rapport à l'ensemble des crédits versés en salaires et en avantages sociaux dans l'ensemble du réseau sociosanitaire au Québec. On constate que les crédits utilisés en salaires et avantages sociaux représentent, bon an mal an, entre les deux tiers et les trois quarts (c'est-à-dire entre 63,6 % dans la région de la Côte-Nord en 1986-87 et 76,7 % dans la région de la Mauricie en 1990-1991) des dépenses de l'État en santé et services sociaux dans toutes les régions sociosanitaires de la province, à l'exception des territoires autochtones du Nord-Est québécois (Kativik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James) où la part occupée par les salaires et les avantages sociaux oscille entre 39,7 % et 52,3 %, et de la région de Lanaudière où les dépenses enregistrées en salaires et avantages sociaux en 1986-1987 représentent seulement 53,6 % des crédits versés par l'État. On constate également que les régions de Montréal-Centre et de Québec accaparent, à elles seules, plus de la moitié (entre 51,26 % et 52,87 %) des masses salariales et des

²⁸⁵ Formulaires AS-471.

²⁸⁶ Ces statistiques excluent les dépenses de la RAMQ.

TABLEAU 30

Évolution de la part relative des dépenses versées en salaires et en avantages sociaux (en %) parmi l'ensemble des coûts directs bruts, par région sociosanitaire, de 1986-1987 à 1991-1992

Régions sociosanitaires	Dépenses totales en coûts directs bruts et en salaires et avantages sociaux (1)	1986-1987	1987-1988	1988-1989	1989-1990	1990-1991	1991-1992
		A	B	C	D	E	F
01-Bas-St-Laurent	Coûts directs bruts (\$)	199 743 166	217 904 811	233 974 206	249 245 872	272 893 050	300 012 187
	Salaires et avantages sociaux (\$)	142 743 329	159 852 415	171 423 630	184 241 100	205 014 678	223 740 649
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	71,5	73,4	73,3	73,9	75,1	74,6
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	Coûts directs bruts (\$)	239 276 371	267 066 826	289 807 899	308 875 510	333 005 468	367 783 882
	Salaires et avantages sociaux (\$)	177 225 065	200 932 697	216 513 358	231 467 112	252 666 726	271 800 201
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	74,1	75,2	74,7	74,9	75,9	73,9
03-Québec	Coûts directs bruts (\$)	806 785 711	902 876 820	971 903 592	1 048 180 199	1 119 174 733	1 242 447 635
	Salaires et avantages sociaux (\$)	564 826 727	641 044 040	695 123 168	748 278 148	807 077 674	883 595 406
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	70,0	71,0	71,5	71,4	72,1	71,1
04-Mauricie-Bois-Francs	Coûts directs bruts (\$)	392 551 273	432 659 045	468 749 855	498 089 922	536 690 507	608 698 052
	Salaires et avantages sociaux (\$)	290 274 558	326 203 544	351 185 635	375 311 059	411 580 148	446 880 873
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	73,9	75,4	74,9	75,4	76,7	73,4
05-Estrie	Coûts directs bruts (\$)	276 527 789	305 052 148	335 688 860	356 255 720	383 943 065	419 332 139
	Salaires et avantages sociaux (\$)	200 043 686	224 520 344	241 865 277	261 692 482	284 204 098	307 833 537
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	72,3	73,6	72,1	73,5	74,0	73,4
06-Montréal-Centre	Coûts directs bruts (\$)	2 541 935 806	2 810 154 797	3 025 087 970	3 235 636 732	3 533 611 785	3 831 132 075
	Salaires et avantages sociaux (\$)	1 812 051 396	2 024 961 783	2 181 248 126	2 334 360 503	2 540 228 417	2 748 819 464
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	71,3	72,1	72,1	72,1	71,9	71,7

(1) Il s'agit uniquement d'informations provenant des rapports financiers annuels des établissements (formulaires AS-471).

Source: SIFO Système d'information financière et opérationnelle. Statistiques 1985-1986 à 1991-1992. pp. 108-114.

TABLEAU 30 (suite)

Évolution de la part relative des dépenses versées en salaires et en avantages sociaux (en %) parmi l'ensemble des coûts directs bruts, par région sociosanitaire, de 1986-1987 à 1991-1992

Régions sociosanitaires	Dépenses totales en coûts directs bruts et en salaires et avantages sociaux (1)	1986-1987	1987-1988	1988-1989	1989-1990	1990-1991	1991-1992
		A	B	C	D	E	F
07-Outaouais	Coûts directs bruts (\$)	207 350 901	230 407 209	243 770 757	265 910 768	293 633 526	323 839 305
	Salaires et avantages sociaux (\$)	140 842 102	160 403 719	174 609 726	189 502 463	208 366 540	225 394 891
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	67,9	69,6	71,6	71,3	71,0	69,6
08-Abitibi-Témiscamingue	Coûts directs bruts (\$)	148 553 622	166 132 667	177 586 731	191 603 148	207 388 898	223 370 622
	Salaires et avantages sociaux (\$)	101 243 641	115 332 914	123 373 759	133 487 299	145 784 156	158 219 753
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	68,2	69,4	69,5	69,7	70,3	70,8
09-Côte-Nord	Coûts directs bruts (\$)	113 489 119	120 848 835	128 795 787	140 241 186	148 863 021	172 578 814
	Salaires et avantages sociaux (\$)	72 157 352	80 982 416	86 361 708	91 623 626	100 549 359	110 034 792
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	63,6	67,0	67,1	65,3	67,5	63,8
10-Nord-du-Québec	Coûts directs bruts (\$)	15 887 136	17 946 624	19 646 397	20 945 924	23 197 843	25 689 823
	Salaires et avantages sociaux (\$)	11 296 696	12 756 159	13 692 844	15 206 325	16 886 258	18 860 035
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	71,1	71,1	69,7	72,6	72,8	73,4
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	Coûts directs bruts (\$)	111 152 082	121 354 246	128 594 679	140 244 234	153 321 825	168 382 725
	Salaires et avantages sociaux (\$)	78 545 879	87 910 310	95 054 675	100 681 060	110 683 225	122 075 646
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	70,7	72,4	73,9	71,8	72,2	72,5
12-Chaudière-Appalaches	Coûts directs bruts (\$)	261 111 165	284 661 761	307 393 938	329 670 425	356 244 383	387 746 421
	Salaires et avantages sociaux (\$)	179 137 253	207 301 432	223 882 589	240 725 678	260 538 782	285 154 231
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	68,6	72,8	72,8	73,0	73,1	73,5

(1) Il s'agit uniquement d'informations provenant des rapports financiers annuels des établissements (formulaires AS-471).

TABLEAU 30 (suite et fin)

Évolution de la part relative des dépenses versées en salaires et en avantages sociaux (en %) parmi l'ensemble des coûts directs bruts, par région sociosanitaire, de 1986-1987 à 1991-1992

Régions sociosanitaires	Dépenses totales en coûts directs bruts et en salaires et avantages sociaux (1)	1986-1987	1987-1988	1988-1989	1989-1990	1990-1991	1991-1992
		A	B	C	D	E	F
13-Laval	Coûts directs bruts (\$)	147 360 787	169 596 737	188 741 932	209 831 211	223 298 495	239 568 048
	Salaires et avantages sociaux (\$)	106 627 366	124 053 931	136 406 108	150 445 959	165 993 363	177 399 785
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	72,4	73,1	72,3	71,7	74,3	74,0
14-Lanaudière	Coûts directs bruts (\$)	209 283 697	187 487 362	201 764 888	218 058 098	235 451 515	255 581 210
	Salaires et avantages sociaux (\$)	112 273 325	130 929 530	142 609 061	153 333 837	168 593 805	185 301 298
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	53,6	69,8	70,7	70,3	71,6	72,5
15-Laurentides	Coûts directs bruts (\$)	195 158 403	229 555 772	257 040 473	270 951 412	299 040 290	329 320 889
	Salaires et avantages sociaux (\$)	140 172 543	161 911 872	175 786 313	187 970 631	209 575 041	232 668 897
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	71,8	70,5	68,4	69,4	70,1	70,7
16-Montérégie	Coûts directs bruts (\$)	567 712 578	632 424 851	696 352 052	774 765 894	833 843 403	911 168 551
	Salaires et avantages sociaux (\$)	402 792 059	454 638 735	497 776 597	547 831 481	599 996 157	661 455 657
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	70,9	71,9	71,5	70,7	72,0	72,6
17-Kativik	Coûts directs bruts (\$)	20 453 971	23 147 289	24 574 213	25 523 459	27 723 192	32 574 277
	Salaires et avantages sociaux (\$)	8 113 860	9 874 987	10 959 860	11 501 164	12 327 021	14 125 462
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	39,7	42,7	44,6	45,1	44,5	43,4
18-Terres-Cries-de-la-Bale-James	Coûts directs bruts (\$)	14 371 603	16 539 712	20 321 625	21 701 690	22 959 770	28 822 623
	Salaires et avantages sociaux (\$)	6 989 492	8 649 326	9 713 473	11 107 297	12 008 215	13 537 961
	Sal. et av. soc./coûts dir. bruts (%)	48,6	52,3	47,8	51,2	52,3	47,0

(1) Il s'agit uniquement d'informations provenant des rapports financiers annuels des établissements (formulaires AS-471).

TABLEAU 31

Évolution de la part relative des dépenses versées en salaires et en avantages sociaux (1) dans chacune des régions sociosanitaires (en %) par rapport à l'ensemble du Québec, de 1986-1987 à 1991-1992

Région sociosanitaire	1986-1987 A	1987-1988 B	1988-1989 C	1989-1990 D	1990-1991 E	1991-1992 F
01-Bas-St-Laurent	3,14	3,11	3,09	3,09	3,15	3,16
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	3,90	3,91	3,90	3,88	3,88	3,83
03-Québec	12,42	12,49	12,53	12,54	12,39	12,47
04-Mauricie-Bois-Francs	6,38	6,35	6,33	6,29	6,32	6,31
05-Estrie	4,40	4,37	4,36	4,38	4,36	4,34
06-Montréal-Centre	39,85	39,45	39,32	39,11	39,01	38,79
07-Outaouais	3,10	3,12	3,15	3,17	3,20	3,18
08-Abitibi-Témiscamingue	2,23	2,25	2,22	2,24	2,24	2,23
09-Côte-Nord	1,59	1,58	1,56	1,53	1,54	1,55
10-Nord-du-Québec	0,25	0,25	0,25	0,25	0,26	0,27
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1,73	1,71	1,71	1,69	1,70	1,72
12-Chaudière-Appalaches	3,94	4,04	4,03	4,03	4,00	4,02
13-Laval	2,34	2,42	2,46	2,52	2,55	2,50
14-Lanaudière	2,47	2,55	2,57	2,57	2,59	2,61
15-Laurentides	3,08	3,15	3,17	3,15	3,22	3,28
16-Montérégie	8,86	8,86	8,97	9,18	9,21	9,33
17-Katikivik	0,18	0,19	0,20	0,19	0,19	0,20
18-Terres-Cries-de-la-Baie-James	0,15	0,17	0,17	0,19	0,18	0,19
Ensemble du Québec	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(1) Il s'agit uniquement d'information provenant des rapports financiers annuels des établissements (formulaires AS-471)

avantages sociaux versés au personnel des établissements du réseau, durant cette période. D'aucuns estiment qu'un tel degré de concentration des ressources, dans un champ de dépenses aussi lourd que celui de la santé et des services sociaux, est suffisant, à lui seul, pour mettre en péril la capacité de développement des populations qui habitent les territoires ne bénéficiant pas ou peu de tels investissements. Tout en créant de nouveaux écarts entre les régions, en termes de ressources et d'emplois disponibles, cette concentration géographique des sommes dépensées par l'État en santé et en services sociaux amplifie les écarts qui existent déjà dans les autres secteurs d'activités, y compris le secteur privé. L'absence de tels investissements, dans plusieurs collectivités de la province, suffirait donc, à elle seule, pour entraîner ces territoires sur la voie du sous-développement²⁸⁷.

5.3.2 - L'exode des jeunes adultes à la recherche d'un emploi:

Les écarts dans la redistribution des sommes consacrées aux dépenses en santé et en services sociaux créent de nouvelles disparités dans la répartition des emplois directs et indirects en découlant. Celles-ci sont à la source d'un mouvement migratoire par lequel les individus en recherche d'emploi - principalement des jeunes adultes en âge de se reproduire - quittent les territoires où le niveau d'emploi disponible est moins élevé, pour aller s'établir dans ceux où le niveau d'emploi disponible est plus élevé, les territoires où l'on retrouve une forte concentration d'établissements sociosanitaires, ainsi qu'un niveau plus élevé d'emplois disponibles, jouissant d'un attrait important et d'une force d'attraction considérable auprès des populations moins loties en ressources et défavorisées au plan des possibilités d'embauche. On vient de voir, en effet, que le taux d'inoccupation permet de mesurer la proportion des personnes de 15 ans et plus, dans une population, qui n'ont pas d'emploi et qui dépendent d'un tiers pour assurer leur subsistance. Il permet de mesurer dans leur ensemble des faits relatifs à la réalité sociosanitaire d'une population. Il permet de mesurer

²⁸⁷ Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. p. 9 et Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). op.cit. p. 13.

en même temps le niveau de sous-emploi et l'état de détérioration sociale d'une population. À ce propos, le tableau 32 montre l'évolution du taux d'inoccupation ou, si l'on préfère, du niveau de dépendance de la population de 15 ans et plus dans les différentes régions sociosanitaires du Québec entre 1987 et 1995, de même que le rang occupé par chacune de ces régions selon leur taux d'inoccupation respectif. On peut ainsi les classer en fonction de leur niveau de dépendance. Par ailleurs, des études antérieures ont établi qu'un rapport constant est généralement observé entre le taux d'inoccupation d'une population et les autres indicateurs de son état de développement - ou de sous-développement - social que sont la sous-scolarisation, la délinquance, le suicide, la détérioration du logement, etc. De la plus petite échelle territoriale à la grande région administrative, en passant par les comtés, les MRC et les districts de CLSC, tous ces indicateurs, servant à mesurer l'état de sous-développement social d'une population, ont tendance à varier constamment dans le même sens que le taux d'inoccupation, confirmant ainsi le niveau de détérioration du tissu social dans les populations où la proportion de personnes inoccupées et dépendantes est plus élevée. On a effectivement l'impression que tous ces faits de population permettent de saisir, dans un même territoire ou au sein d'une même population, l'expression cohérente d'un état de sous-développement social avancé et ce, à travers toute une série d'indicateurs et de mesures évoluant dans le même sens ²⁸⁸.

Cela étant dit, des analyses effectuées par le service des études opérationnelles de la RRSSS-02 montrent comment le taux d'inoccupation rend également compte des flux démographiques entre les territoires, ces migrations étant elles-mêmes un déterminant majeur des caractéristiques qui décrivent l'état de sous-développement social des populations. Il appert qu'en plus d'être un très bon indicateur de l'état de sous-

²⁸⁸ Plusieurs travaux de recherche et de nombreuses analyses statistiques confirment cette relation entre le taux d'inoccupation et le niveau de sous-développement social d'une population. Rappelons, à titre d'exemple, le dossier publié par la revue *Relations* en novembre 1988 sur la cassure en deux du Québec, le rapport du Conseil des Affaires Sociales du Québec paru en 1989 sur le développement social et démographique du Québec, l'étude publiée en 1991 par Charles Côté sur la désintégration des régions et le sous-développement durable au Québec et les travaux publiés en 1995 par l'ICIS sur les définitions et les interprétations des indicateurs sociosanitaires.

TABLEAU 32

Classification des régions sociosanitaires d'après leur taux d'inoccupation, de 1987 à 1995
 (excluant les régions nordiques 17 et 18)

Régions sociosanitaires:	1987		1988		1989		1990		1991		1992		1993		1994		1995	
	T.I. %	Rang																
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	58,6	1	56,1	1	57,5	1	61,9	1	62,7	1	65,4	1	63,9	1	62,5	1	63,0	1
01-Bas-St-Laurent	51,2	2	50,3	2	53,7	2	51,7	2	50,5	2	51,9	2	54,0	2	51,9	3	49,9	3
09/10-Côte-Nord/Nord-du-Québec	45,4	6	41,9	8	40,0	9	37,5	13	42,8	10	45,3	9	46,2	9	46,4	6	44,8	8
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	49,8	3	49,5	3	50,5	3	48,6	3	50,0	3	51,0	3	52,2	3	54,1	2	51,0	2
08-Abitibi-Témiscamingue	46,7	4	42,9	6	42,3	7	46,3	4	48,1	5	49,0	4	48,9	4	47,7	4	44,9	7
04-Mauricie-Bois-Francs	45,8	5	44,4	5	45,1	4	45,9	5	48,6	4	48,0	6	46,4	8	46,1	7	45,7	6
05-Estrie	44,9	8	41,8	9	40,4	8	41,6	7	45,5	7	48,1	5	46,6	7	45,5	9	43,5	10
12-Chaudière-Appalaches	41,4	12	38,3	13	38,4	12	39,4	12	40,3	12	41,4	12	41,9	14	41,4	13	40,5	13
06-Montréal-Centre	42,6	10	42,2	7	42,8	6	43,5	6	46,0	6	47,5	7	47,3	6	47,0	5	48,2	4
13-Laval	37,6	15	33,4	15	36,0	15	41,6	8	40,0	13	39,7	14	42,4	13	44,3	11	39,0	15
14-Lanaudière	42,0	11	40,8	11	39,2	11	40,9	10	43,5	9	44,5	10	44,8	10	45,6	8	43,8	9
03-Québec	45,3	7	45,0	4	43,6	5	41,5	9	43,7	8	45,8	8	47,9	5	45,0	10	47,2	5
07-Outaouais	38,3	13	34,6	14	37,5	13	36,0	15	35,5	15	38,3	15	39,1	15	39,5	15	40,6	12
16-Montérégie	37,9	14	38,4	12	36,6	14	36,3	14	39,3	14	42,0	11	42,6	12	40,8	14	39,8	14
15-Laurentides	42,7	9	41,8	10	39,4	10	40,4	11	42,7	11	40,5	13	43,1	11	41,4	12	42,2	11

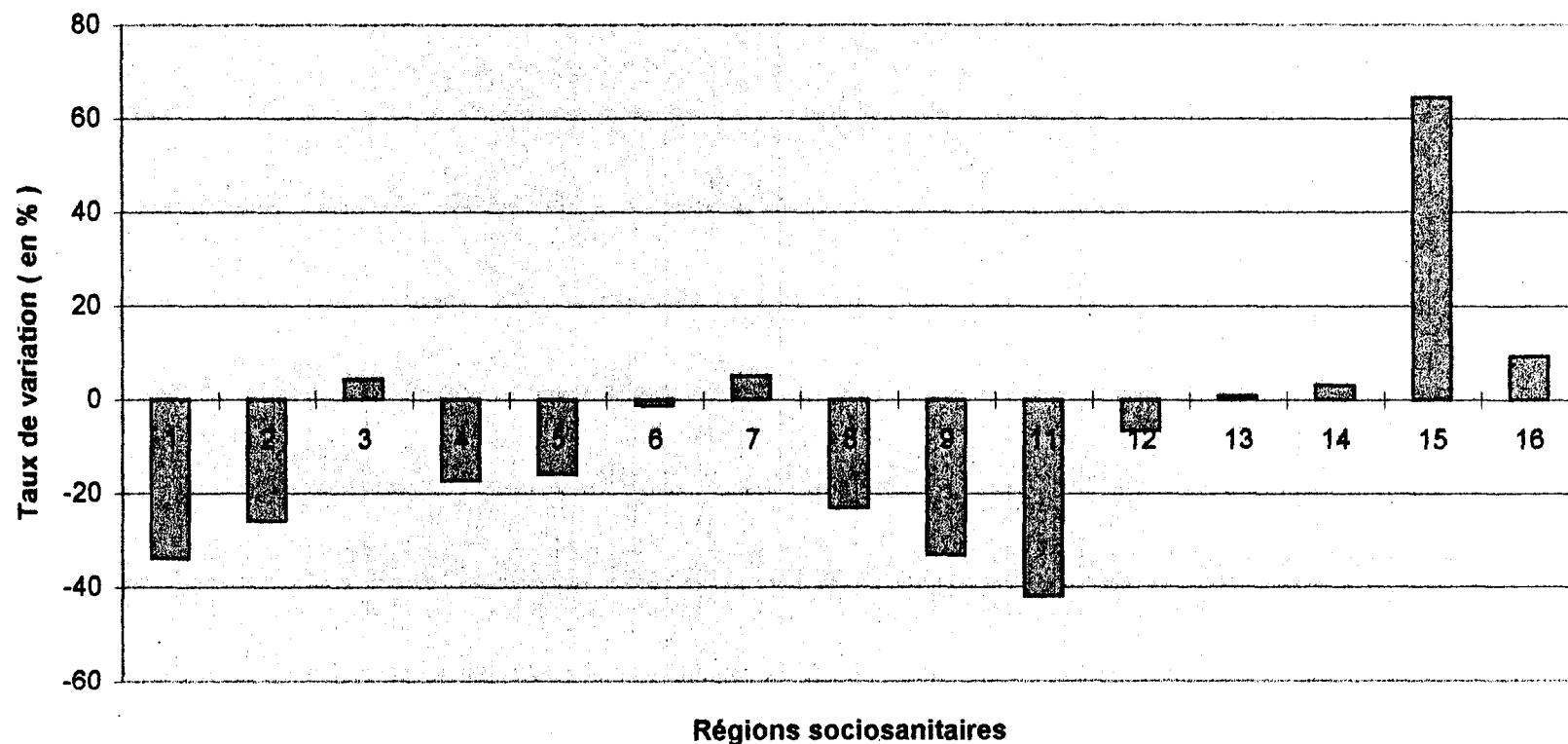
Source: Statistique Canada. Enquête sur la population active.

Données compilées par le service des études opérationnelles de la RRSSS-02

développement social d'une population, du fait qu'il concorde avec d'autres mesures pertinentes aux caractéristiques d'une telle situation, le taux d'inoccupation entretient un lien de causalité direct avec cet autre indicateur qu'est l'exode des jeunes. Il aurait, entre autres propriétés, celle de mesurer la vitesse avec laquelle les jeunes fuient un territoire et celle avec laquelle progressent les autres caractéristiques en découlant: baisse de la natalité, sans rapport avec la diminution de la fécondité observée à l'échelle de la province, vieillissement accéléré et extinction possible, à plus ou moins brève échéance, de la population affectée. On a vu, en effet, que les inégalités relatives dans la disponibilité d'emploi entre les territoires entraînent un mouvement migratoire par lequel les personnes qui se cherchent un emploi - principalement des jeunes adultes en âge de se reproduire et de fonder une famille - quittent les territoires où la disponibilité d'emploi est plus faible pour aller s'établir dans ceux où la disponibilité d'emploi est plus grande. Les faits observés tendent à démontrer que les populations qui présentent les taux d'inoccupation les plus élevés sont aussi celles qui ont connu les plus importantes pertes migratoires. Le graphique 15 montre l'évolution, par région sociosanitaire, des effectifs démographiques de la cohorte de la population en âge de se reproduire - c'est-à-dire entre 20 et 34 ans - entre 1971 et 1991. Or, les pertes que l'on observe dans neuf régions sur quinze (le Nord-du-Québec et les territoires autochtones de Kativik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James étant exclus) ne peuvent être attribuées qu'à deux causes seulement: la mortalité chez les jeunes, dont l'importance est évidemment négligeable, et le bilan migratoire négatif des jeunes ou, si l'on préfère, l'exode des jeunes. Le tableau 33, quant à lui, met en évidence les liens qui existent entre les mouvements migratoires et les écarts dans la disponibilité relative des emplois entre les régions. Il met en relation le taux d'inoccupation observé dans chacune des régions et les pertes régionales de jeunes de 15 à 29 ans entre 1971 et 1991. La colonne F indique le rang de chaque région d'après le taux d'inoccupation observé en 1992. La colonne B mesure, sur la base des cohortes d'âge, le bilan des pertes ou des gains de jeunes de 15 à 29 ans dans chacune des régions. La comparaison des résultats obtenus met en évidence la relation qui existe entre la vitesse de l'exode démographique qui affecte une population et le faible niveau d'emploi

GRAPHIQUE 15

Taux de variation (en %) par région sociosanitaire entre 1971 et 1991, de la cohorte de population âgée entre 20 et 34 ans en 1991 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)



Source: Statistique Canada. Recensements canadiens 1971, 1976, 1981 et 1991.
Données compilées par le service des études opérationnelles de la RRSSS-02.

TABLEAU 33

Gains et pertes régionales des jeunes âgés entre 15 et 29 ans par région sociosanitaire de 1971 à 1991 au Québec
(excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

Régions sociosanitaires	15-29 ans en 1971	Gains ou pertes entre 1971 et 1991	Gains ou pertes en Autobus scolaire		B/A Indice	Rang (1) du T.L en 1992
			B/48/20 Annuel C	B/48 Au total D		
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	31 725	-19 225	-20	-401	-0,61	1
01-Bas-St-Laurent	60 320	-30 055	-31	-626	-0,50	2
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	78 895	-31 580	-33	-658	-0,40	3
08-Abitibi-Témiscamingue	40 230	-12 705	-13	-265	-0,32	4
09-Côte-Nord	30 190	-8 815	-9	-184	-0,29	9
04-Mauricie-Bois-Francs	118 795	-34 435	-36	-717	-0,29	6
05-Estrie	66 690	-16 195	-17	-337	-0,24	5
12-Chaudière-Appalaches	84 570	-12 460	-13	-260	-0,15	12
06-Montréal-centre	532 135	-73 745	-77	-1 536	-0,14	7
03-Québec	150 100	275	0	6	0,00	8
13-Laval	55 365	8 670	9	181	0,16	14
07-Outaouais	59 075	10 335	11	215	0,17	15
14-Lanaudière	64 035	14 700	15	306	0,23	10
16-Montérégie	221 700	59 925	62	1 248	0,27	11
15-Laurentides	45 565	52 420	55	1 092	1,15	13

(1) Le rang 1 indique la région où le taux d'inoccupation est le plus élevé, c'est-à-dire la région où le rapport emploi/population est le plus faible.

Source: Larouche, Daniel; Côté, Charles; Boudreault, Marc; Savard, Huguette et Perron, Hélène. L'allocation des ressources de santé et de services sociaux: l'utilisation du taux d'inoccupation. p. 11.

disponible dans une région: plus le taux d'inoccupation est élevé, plus l'exode est marqué. Autrement dit, les régions où le taux d'inoccupation est le plus élevé, sont également celles où les taux de variation des cohortes des 20-34 ans (tableaux 31 et 32 et graphique 15) et des 15-29 ans (tableau 33) indiquent les plus grandes pertes d'effectifs entre 1971 et 1991, c'est-à-dire celles où l'exode des jeunes en recherche d'emploi et en âge de se reproduire a été le plus marqué. Dans son ouvrage sur la *désintégration des régions*, Côté interprète cette corrélation en ces termes:

« L'exode des jeunes, et par conséquent, l'érosion de la capacité de remplacement naturel des populations régionales sont associés aux disparités régionales chroniques que reflète et mesure la répartition géographique des emplois disponibles au Québec »²⁸⁹.

5.3.3 - Les impacts sur l'évolution et la structure démographique des populations:

Les migrations ainsi observées dans le temps (désertion des territoires où la disponibilité d'emploi est plus faible et immigration dans les territoires où la disponibilité d'emploi est plus élevée) entraînent une modification du volume (taille ou quantité d'effectifs) et de la composition (structure démographique par groupes d'âge) des populations. Dans les pages précédentes, on a vu, en effet, que les plus gros contingents migratoires se retrouvent principalement chez les groupes d'âge correspondant aux jeunes adultes en âge de se reproduire, et que la quête d'un emploi est une des principales causes expliquant ce mouvement de population. Le résultat final, c'est la désintégration, à plus ou moins brève échéance, des populations dont le solde migratoire évolue de façon négative. Le processus en cours fait en sorte que les populations qui subissent des flux migratoires déficitaires année après année voient leur capacité de remplacement naturel diminuer sérieusement. À la longue, il ne peut que compromettre la pérennité de ces populations et les mettre en danger de complète éradication. Plus précisément, cet exode de parents potentiels ou réels entraîne

²⁸⁹ Côté, Charles. Désintégration des régions: le sous-développement durable au Québec. Chicoutimi, Éditions J.C.L., 1991. p. 37.

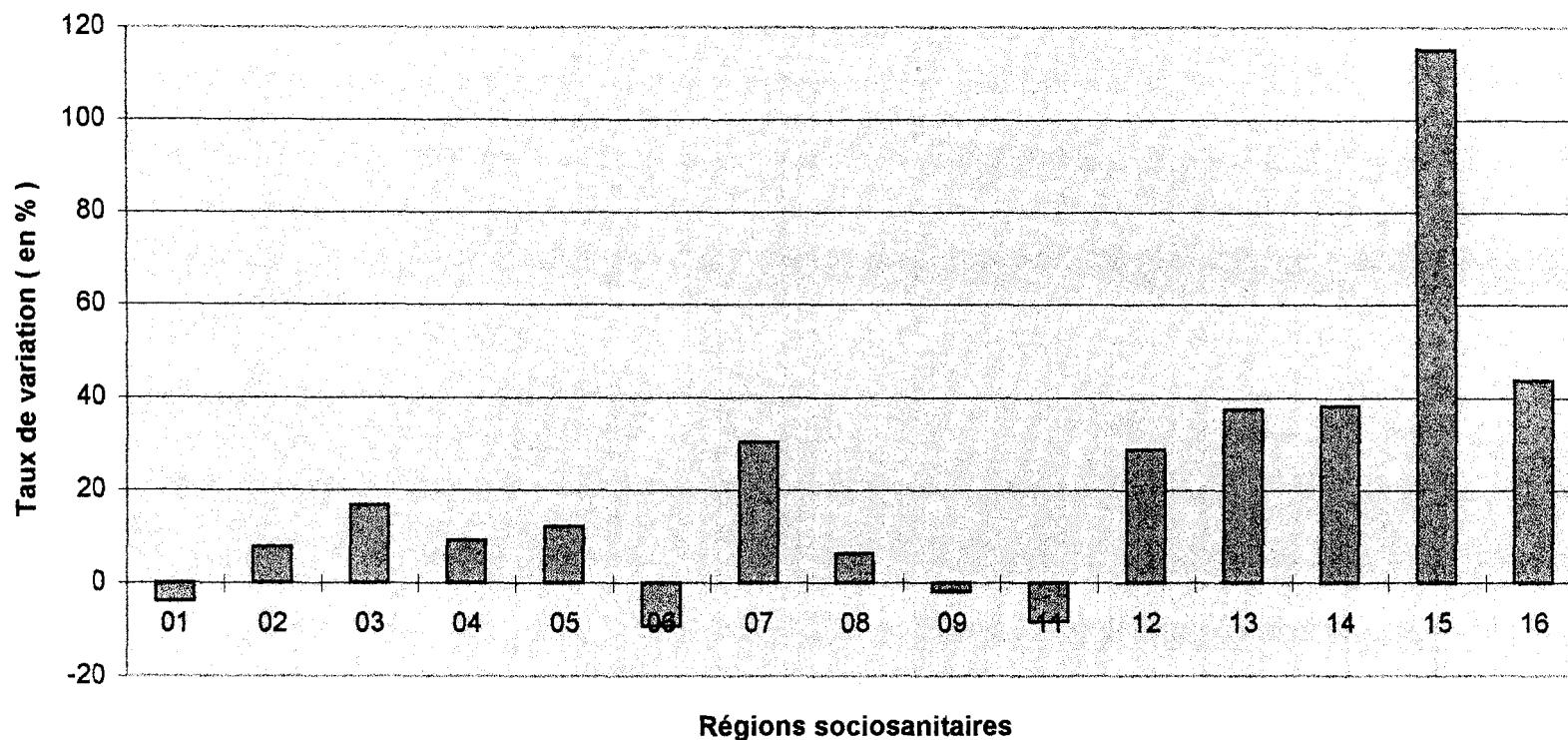
dans les populations affectées une baisse de la natalité, ce qui veut dire, pour les générations à venir, encore moins d'enfants susceptibles d'assurer la relève. Cette chute des naissances, jumelée à un solde migratoire négatif, compromet donc directement la pérennité de ces populations, qui perdent ainsi, au profit d'autres populations, les acquis nécessaires pour assurer leur reproduction naturelle. Par ailleurs, en même temps que la part occupée par les jeunes perd continuellement du terrain, celle des personnes âgées ne fait que prendre de plus en plus de place, ce qui a pour effet d'accélérer le vieillissement de ces populations²⁹⁰.

Les données compilées par Statistique Canada à partir des recensements canadiens de 1971, 1976, 1981, 1986 et 1991 attestent cette dualité dans l'évolution démographique des populations au Québec. La comparaison des tendances observées dans chacune des régions de la province indique que cette cassure en deux du Québec progresse de façon constante depuis plus de vingt-cinq ans et que les migrations à la source du phénomène ne cessent de s'accroître, mettant ainsi en péril l'occupation humaine d'une partie importante du territoire québécois. Les statistiques observées révèlent, qu'au fil des ans, un fossé de plus en plus profond s'est creusé entre deux grandes catégories de régions au Québec, les premières se vidant au profit des secondes, avec des conséquences irrémédiables sur leur structure démographique. Elles indiquent également que ces régions, qui se font ainsi enlever une partie de plus en plus importante de leurs forces vives, occupent les trois quarts du territoire québécois. Elles sont actuellement au nombre de neuf régions sur quinze (excluant encore une fois le Nord-du-Québec et les territoires autochtones de Kativik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James). On retrouve, en premier lieu, les régions périphériques du Bas-Saint-Laurent (01), de la Gaspésie (11), du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02), de l'Abitibi-Témiscamingue (08) et de la Côte-Nord (09). Viennent ensuite les régions centrales de la Mauricie (04), de l'Estrie (05) et de Chaudière-Appalaches (12), auxquelles s'ajoute la région de Montréal-Centre (06).

²⁹⁰ Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. p. 7; Côté, Charles; Larouche, Daniel; Ansari, Abderrahim; et al. (Comité de réflexion sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean). op.cit. p. 3 et Côté, Charles. op.cit. pp. 34-37.

GRAPHIQUE 16

Évolution de la population (en %) par région sociosanitaire, entre 1971 et 1991
(excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

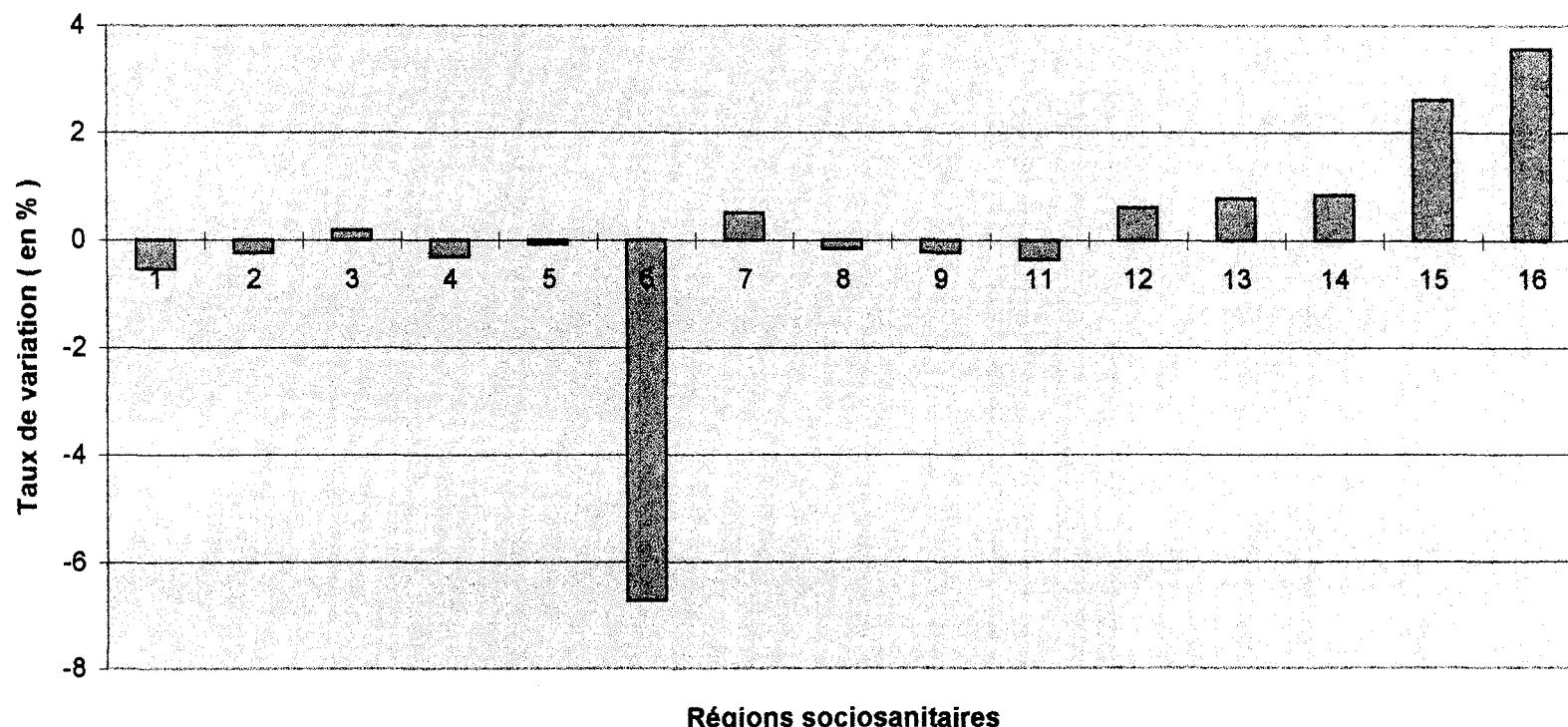


Source: Statistique Canada. Recensements canadiens 1971 et 1991.
Données compilées par le service des études opérationnelles de la RSSS-02.

01-Bas-St-Laurent	05-Estrie	09-Côte-Nord	13-Laval
02-Saguenay-Lac-Saint-jean	06-Montréal-Centre	10-Nord-du-Québec	14-Lanaudière
03-Québec	07-Outaouais	11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	15-Laurentides
04-Mauricie-Bois-Francs	08-Abitibi-Témiscamingue	12-Chaudières-Appalaches	16-Montérégie

GRAPHIQUE 17

**Évolution du poids démographique (en %) des régions sociosanitaires, entre 1971 et 1991
(excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)**



Source: Statistique Canada. Recensements canadiens 1971 et 1991.
Données compilées par le service des études opérationnelles de la RSSS-02.

Les régions périphériques du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie sont les plus sévèrement touchées par le processus de déstructuration démographique qui est en train de gruger la périphérie québécoise. Elles occupent le premier et le deuxième rang des régions classées d'après la vitesse de l'exode des jeunes âgés entre 20 et 34 ans, entre 1971 et 1991. Au Bas-Saint-Laurent, la cohorte des jeunes âgés entre 20 et 34 ans en 1991 a perdu 34,02 % de ses effectifs, soit une perte totale de 23 035 individus, décédés ou, dans la majorité des cas, déménagés ailleurs depuis 1971. En Gaspésie et aux Iles-de-la-Madeleine, le taux de diminution de la cohorte des 20-34 ans atteint 42,13 %, ce qui se traduit, en chiffres absolus, par une diminution de 17 360 individus. Il n'est donc pas surprenant que ces deux régions voient leur poids démographique respectif baisser de façon constante depuis 1971. À terme, ces pertes engendrent une stagnation ou une régression de la population totale. Dans la région du Bas-Saint-Laurent, par exemple, la population totale est passée de 210 400 habitants en 1971 à 202 040 habitants en 1991, soit une diminution de 3,97 % de ses effectifs sur une période de vingt ans. Pendant la même période, la Gaspésie et les Iles-de-la-Madeleine sont passées de 115 485 habitants en 1971 à 105 740 habitants en 1991, enregistrant ainsi une baisse de 8,44 % de leurs effectifs. Le Saguenay-Lac-Saint-Jean occupe le troisième rang. Entre 1971 et 1991, la cohorte des jeunes âgés entre 20 et 34 ans en 1991 a perdu 26,1 % de ses effectifs, soit un bilan négatif de 23 860 personnes en moins. Comme conséquence directe de cet exode massif des jeunes adultes et de leurs enfants, la région voit, depuis 1971, son poids démographique diminuer progressivement par rapport à l'ensemble du Québec. D'ici quelques années, on peut s'attendre à une diminution de sa population totale. En ce qui concerne les régions centrales de la Mauricie, de l'Estrie et de Chaudière-Appalaches, leur évolution démographique indique qu'elles vivent, à plusieurs égards, une situation qui se rapproche de celle vécue par les régions périphériques. En Mauricie, la cohorte des jeunes âgés entre 20 et 34 ans est passée de 126 600 individus en 1971 à 104 490 individus en 1991, soit 22 110 jeunes de moins et une diminution de 17,46 % de ses effectifs. En Estrie, durant la même période, la cohorte des jeunes âgés entre 20 et 34 ans est passée de 74 415 individus à 62 380 individus, soit 12 035 jeunes de moins et une

diminution de 16,17 % de ses effectifs. Dans la région de Chaudière-Appalaches, la diminution des effectifs de la cohorte des jeunes âgés entre 20 et 34 ans a été de 6,86 %, passant de 90 425 individus en 1971 à 84 220 individus en 1991, soit 6 205 jeunes de moins. Même si les régions de la Mauricie et de l'Estrie ont connu une augmentation de leur population totale respective - une hausse de 9,05 % en Mauricie et de 12,04 % en Estrie - cela n'empêche pas une tendance à la baisse de leur poids démographique respectif dans l'ensemble québécois. À plus ou moins long terme, les pertes migratoires qu'elles subissent risquent de mettre un terme à leur croissance démographique. Quant à la région de Chaudière-Appalaches, la hausse de son poids démographique dans l'ensemble du Québec - de 4,74 % en 1971 à 5,34 % en 1991 - et l'augmentation de 28,76 % de sa population totale s'expliquent en grande partie par la croissance des effectifs enregistrée dans les groupes d'âge intermédiaires de 35 à 64 ans. Enfin, aussi paradoxal que cela puisse paraître, les statistiques observées révèlent également que la région de Montréal-Centre est en train de perdre une partie importante de ses effectifs, principalement chez les groupes d'âge intermédiaires et ce, malgré la surabondance de services et de ressources qu'on y retrouve. Le fait est qu'après quelques années passées au centre-ville, les personnes en meilleure position se déplacent vers la banlieue qui en devient plus prospère, laissant derrière elles les personnes les plus faibles. Elles s'établissent à proximité de leur lieu de travail, principalement dans les municipalités limitrophes. Le centre-ville se retrouve alors avec une forte concentration de personnes défavorisées et beaucoup de pauvreté cachée²⁹¹. Dans la région de Montréal-Centre, la cohorte des jeunes âgés entre 20 et 34 ans en 1991 a perdu 7 135 jeunes, passant de 484 855 jeunes en 1971 à 477 720 jeunes en 1991, soit une diminution de 1,47 % de ses effectifs. Durant la même période, la cohorte des gens âgés entre 35 et 49 ans en 1991 a perdu 151 060 individus, passant ainsi de 532 135 individus en 1971 à 381 075 individus en 1991, soit une diminution assez substantielle de 28,39 % de ses effectifs. Ces pertes migratoires ont entraîné une diminution importante de sa population totale et de son poids démographique dans l'ensemble de la province. Ainsi, en 1971, 1 960

²⁹¹ Harvey, Julien; Paiement, Guy; Barriault, Claude et Côté, Charles. op.cit. p. 264.

005 individus habitaient Montréal-Centre, ce qui, à l'époque, représentait 32,51 % de l'ensemble de la population du Québec. Vingt ans plus tard, en 1991, 1 775 860 individus habitaient encore Montréal-Centre, soit 184 145 individus de moins qu'en 1971. Ceux-ci ne représentaient plus alors que 25,76 % de la population totale du Québec.

Les corrélations établies avec le taux d'inoccupation indiquent également que les individus qui émigrent sont en grande partie attirés par une plus grande disponibilité d'emploi. Les statistiques sur le rapport emploi/population indiquent que les régions du Sud-Ouest - Laval (13), Lanaudière (14), Laurentides (15), Montérégie (16) et Outaouais (07) - de même que la région centrale de Québec (03) offrent ces avantages aux québécois des autres régions. Les données extraites des recensements canadiens indiquent que leur évolution démographique se caractérise par une augmentation constante de leurs effectifs et une tendance à la hausse de leur poids démographique. Entre 1971 et 1991, la région des Laurentides a connu une croissance accélérée de ses effectifs, passant de 177 410 habitants à 381 695 habitants en moins de vingt-cinq ans, ce qui signifie une augmentation de 204 285 habitants, soit une hausse très substantielle de 115,1 % de sa population totale. Durant cette période, la cohorte des jeunes âgés entre 20 et 34 ans en 1991 a enregistré à elle seule une augmentation de 64,42 % de ses effectifs, bénéficiant ainsi largement de l'immigration massive de jeunes parents potentiels ou réels provenant du centre-ville de Montréal et des autres régions en désintégration. La région a également connu une augmentation constante de son poids démographique, celui-ci passant de 2,9 % en 1971 à 5,5 % en 1991. Durant la même période, la région de la Montérégie a vu 364 635 personnes s'ajouter aux 833 465 individus qui y habitaient déjà, enregistrant ainsi une augmentation de 43,75 % de sa population totale. Quant à la cohorte des jeunes âgés entre 20 et 34 ans en 1991, ses effectifs ont augmenté de 9,25 %, la plus forte hausse enregistrée durant cette période après celle de la région des Laurentides. La région de Québec est également un cas très intéressant si l'on tient compte de son statut politique et de la présence, sur son territoire, des principales institutions politiques de la province, comme l'Assemblée Nationale, le

Gouvernement du Québec, les directions générales des principaux ministères provinciaux et autres organismes gouvernementaux. Si l'on pense à l'importance des investissements publics et au nombre élevé d'emplois directs et indirects qui découlent de cette situation, il n'est pas surprenant de voir que plusieurs individus en recherche d'emploi éprouvent le même attrait pour Québec, que celui qu'ils ressentent à l'égard de Montréal. Dans les faits, cette attraction se traduit par une augmentation de sa population. Entre 1971 et 1991, malgré un poids démographique relativement stable, oscillant entre 8,75 % et 8,97 %, sa population totale est passée de 527 920 habitants à 615 830 habitants, soit 87 910 individus de plus et une augmentation de 16,65 % de ses effectifs. En 1991, toutes les cohortes des groupes d'âge inférieurs à 40 ans indiquent une hausse de leurs effectifs par rapport à 1971. À elle seule, celle des 20 à 24 ans est passée de 41 600 jeunes à 46 015 jeunes, soit une augmentation de 10,6 % de ses effectifs. Par contre, toutes les cohortes des groupes âgés entre 40 et 64 ans connaissent, durant la même période, une diminution de leurs effectifs, la plus importante baisse étant de 10,2 % dans la cohorte des personnes âgées entre 60 et 64 ans. Contrairement aux régions périphériques et aux régions centrales de la Mauricie, de l'Estrie et de Chaudière-Appalaches, où ce sont surtout les jeunes de moins de 34 ans qui s'expatrient à l'extérieur de leur région, la région de Québec se caractérise plutôt par une diminution d'effectifs chez les groupes d'âge intermédiaires - entre 40 et 64 ans - de sa population. Il serait pertinent de vérifier s'il existe une relation quelconque avec le fait que l'une de ses voisines, la région de Chaudière-Appalaches, ait connu, durant la même période, une hausse de ses effectifs dans les groupes d'âge intermédiaires.

Les données présentées dans le rapport du Conseil des affaires sociales du Québec, sur le développement social et démographique au Québec, de même que les analyses de Charles Côté, publiées dans son étude sur la *désintégration des régions*, mettent en évidence le fait que ce clivage en deux du Québec se vérifie également aux différentes échelles territoriales, que sont les districts de CLSC, les territoires de MRC et les municipalités. On peut même avancer que le processus mis en évidence opère ses ravages à la base, c'est-à-dire dans l'unité

territoriale la plus près du citoyen. Ces travaux indiquent, en effet, que les régions qui se désintègrent avec le plus de rapidité sont celles qui regroupent les districts de CLSC et les MRC où les pertes migratoires sont les plus élevées. De même, les MRC les plus affectées sont celles qui regroupent le plus grand nombre de municipalités en désintégration.

5.3.4 - Les impacts sur les variables sociosanitaires des populations régionales:

Ce Québec cassé en deux se caractérise par une dégradation des conditions de vie dans les territoires en train de perdre une partie importante de leurs effectifs. Il en résulte une augmentation de la proportion des personnes qui dépendent des programmes de l'État. En effet, ces populations en viennent progressivement à regrouper une proportion plus grande de personnes dépendantes des principaux programmes gouvernementaux fédéraux et provinciaux de subsistance (assurance-chômage, bien-être social, indemnité pour incapacité et autres paiements de transferts visant à garantir un revenu minimum aux personnes sans revenu). Les territoires où l'on retrouve ces personnes constituent en quelque sorte des zones de marginalité et de sous-développement, où les problèmes économiques et sociaux sont beaucoup plus fréquents qu'ailleurs. Ce sont les mêmes territoires qui regroupent à la fois les plus fortes proportions de personnes sous-scolarisées (ayant moins d'une 9 ième année de scolarité), les plus fortes proportions de personnes dont les revenus sont les plus faibles, les plus fortes proportions de personnes en chômage, inactives ou inoccupées, les plus fortes proportions de personnes prises en charge pour délinquance, toxicomanie et protection sociale, les plus fortes proportions de personnes arrêtées pour conduite avec faculté affaiblie, les plus fortes proportions de logements détériorés ou insalubres et les plus fortes proportions de personnes qui s'enlèvent la vie ou tentent de le faire. C'est également dans ces mêmes territoires que l'on retrouve les populations ayant l'état de santé le plus détérioré, les populations avec la plus faible espérance de vie à la naissance et les populations dont la vitesse de vieillissement est la plus rapide. Enfin, rappelons une fois de plus que c'est généralement dans ces territoires que l'on retrouve les plus fortes proportions

de personnes de 15 ans et plus inoccupées (mesurées par le taux d'inoccupation), corroborant ainsi l'hypothèse selon laquelle il y a une relation directe de cause à effet entre le niveau de sans emploi dans un territoire et l'état de détérioration économique et sociale de sa population ²⁹².

5.4 - Impacts sur l'éligibilité à l'obtention du financement public:

Malgré des signes évidents de détérioration sociale au sein des populations affectées, cette désertification progressive d'une portion importante du territoire québécois entraîne, dans un premier temps, une diminution de la demande de services. Cette diminution de la demande justifie ensuite un ajustement à la baisse des ressources allouées aux établissements. En effet, les territoires qui enregistrent des pertes démographiques de façon répétitive, année après année, se voient progressivement disqualifier en ce qui a trait à l'éligibilité à l'argent public en général, faute d'effectifs en quantité suffisante pour justifier un même niveau de services, et encore moins une augmentation des dépenses du Gouvernement. Ces pertes démographiques, de même que la modification qui en découle de la structure d'âge de ces populations, entraînent un écroulement de la demande pour certains services dont l'importance varie sélectivement selon les programmes et en fonction des groupes d'âge. Ainsi, indépendamment du niveau de détérioration de l'état de santé de ces populations et de l'augmentation de la proportion des personnes dépendantes, et malgré l'augmentation des personnes âgées qui, en principe, réclament plus de soins, la propension de ces territoires à perdre leurs effectifs se traduit inévitablement, et aussi paradoxal que cela puisse paraître, par une diminution progressive du marché d'où est issue la demande de services. La part occupée par les jeunes décroissant, certains services qui leur étaient destinés (services pédiatriques, accouchements, garderies, soins de courte durée, etc.) sont progressivement abandonnés. Inversement, la présence de personnes âgées entraîne une demande plus

²⁹² Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. pp. 7-8 et Harvey, Julien; Paiement, Guy; Barriault, Claude et Côté, Charles. op.cit. p. 267.

importante de soins prolongés et pour les autres services destinés à ces groupes d'âge. Les autres services, s'ils se maintiennent tant bien que mal, n'en subissent pas moins des compressions, parfois très substantielles. Il en résulte soit la fermeture complète ou partielle des établissements ou de certains départements, soit une diminution plus ou moins importante des ressources qui leur sont allouées, ainsi que la disparition ou la diminution des emplois reliés directement ou indirectement à ces activités, privant par le fait même ces territoires des retombées économiques que représentent ces masses salariales. Ces services seront dorénavant offerts dans les établissements situés dans les territoires où émigrent les jeunes. En effet, de plus en plus de bénéficiaires se verront désormais dans l'obligation d'aller se faire soigner dans les établissements situés dans les territoires où l'augmentation des effectifs démographiques - c'est-à-dire du marché d'où est issue la demande de services - se traduit par une plus grande disponibilité de ressources et une plus grande diversité dans les services offerts, entraînant ainsi des flux de clientèles. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que le déséquilibre initial dans la répartition géographique des ressources se trouve ainsi constamment amplifié, jusqu'au point où il n'existe plus assez d'effectifs démographiques dans les territoires en désintégration pour justifier le maintien des réseaux de services à ces populations, qui sont pourtant les plus en besoin. Autrement dit, tel un cercle vicieux, le processus a pour effet d'amplifier les déséquilibres inter-territoriaux dans les transferts fiscaux et l'allocation des ressources, les populations perdant leurs effectifs démographiques n'étant plus en mesure désormais de justifier le même niveau de dépenses et d'investissements qu'auparavant de la part du Gouvernement²⁹³.

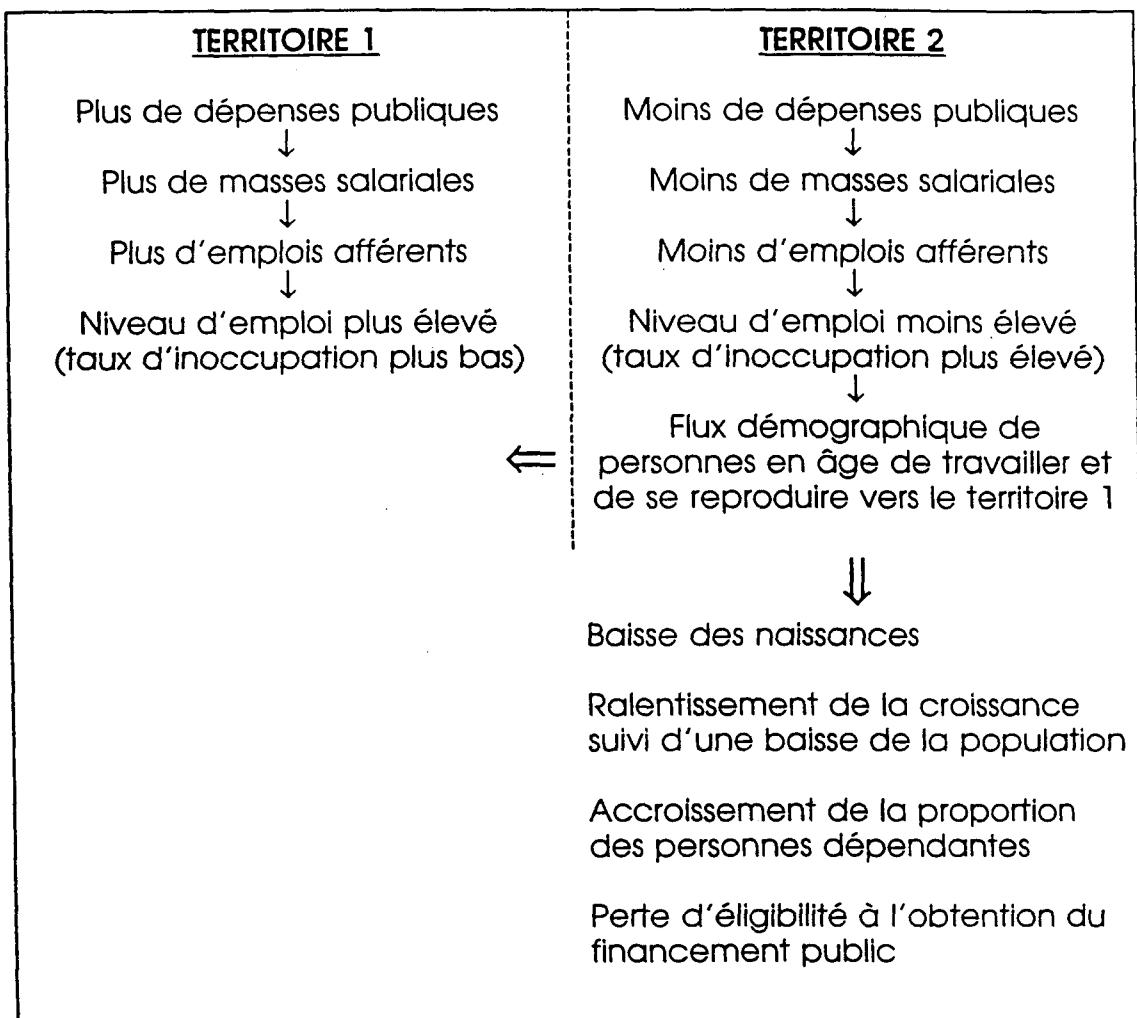
5.5 - Conclusion:

Le cycle d'attribution des ressources reproduit dans la figure 7 met en évidence les effets pervers du système actuel de répartition des dépenses gouvernementales dans le champ de la

²⁹³ Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. p. 8 et Côté, Charles; Larouche, Daniel; Ansari, Abderrahim; et al. (Comité de réflexion sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean). op.cit. p. 3.

FIGURE 7

**Impact de l'offre sur les populations et sur l'éligibilité
à l'obtention du financement public**



Source: Côté, Charles; Larouche, Daniel; Boudreault, Marc et Martin, Danielle. L'évolution des services de santé et des services sociaux: Les tendances régionales actuelles. p. 6 et Côté, Charles; Larouche, Daniel; Boudreault, Marc; Savard, Huguette; Martin, Danielle; Perron, Hélène et Thériault, Johanne. Pour une répartition équitable, efficace et efficiente des fonds publics entre les collectivités. p. 31.

santé et des services sociaux. Le schéma illustre la relation directe existant entre le faible niveau de ressources disponibles dans un territoire et les pertes migratoires répétitives mettant progressivement en péril la pérennité de sa population, de même que le lien étroit existant entre une diminution progressive des effectifs démographiques dans une population et la réduction de son éligibilité à recevoir de l'argent public. La diminution des dépenses gouvernementales qui s'en suit, dans les territoires qui perdent leurs effectifs démographiques, entraîne une augmentation des disparités dans la répartition des ressources. Il en résulte une augmentation des migrations des individus en recherche d'emploi, ainsi qu'un accroissement des flux de clientèles qui ne peuvent être traitées, faute des ressources nécessaires pour répondre à leurs besoins ²⁹⁴.

Compte tenu des dispositions prévues par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en matière d'équité et de développement social, dans la répartition des ressources, on en vient inévitablement à la conclusion que les impacts du mode actuel de redistribution des fonds publics, dans ce secteur d'activités, ont des conséquences qui vont carrément à l'encontre de la finalité propre du système. Dans les territoires exclus de tels investissements ou particulièrement défavorisés à ce chapitre, elles se traduisent par une détérioration progressive des conditions de vie indispensables à l'intégration sociale et fonctionnelle des populations et des citoyens qu'elles regroupent dans leur milieu, remettant ainsi en cause leurs intérêts fondamentaux et l'avenir même de leur collectivité. En effet, la concentration des ressources dans des territoires distincts se traduit, dans les autres territoires, par la concentration des attributs qui caractérisent leur état de sous-développement ²⁹⁵.

²⁹⁴ Côté, Charles; Larouche, Daniel; Boudreault, Marc et Martin, Danielle. op.cit. pp. 6-8.

²⁹⁵ L.R.Q., c. S-4.2, art. 1 et 431 et Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. pp. 9-10.

CHAPITRE SIX

IMPACTS DES DISPARITÉS DANS LA RÉPARTITION INTERRÉGIONALE DES RESSOURCES SOCIOSANITAIRES SUR LA MOBILITÉ INTERRÉGIONALE DES CLIENTÈLES ET LES PROFILS RÉGIONAUX DE CONSOMMATION DES SERVICES

6.1 - Introduction:

Nous insistions, au chapitre 2, sur la distinction à faire entre les clientèles du réseau et les populations auxquelles elles appartiennent, les premières étant une partie variable des secondes. Il allait de soi, dans ces circonstances, que deux types d'impacts différents en découlaient: ceux affectant l'ensemble des populations et des citoyens qu'elles regroupent, qu'ils utilisent ou non les services, et ceux affectant seulement les usagers ou, si l'on préfère, les utilisateurs de services, c'est-à-dire les clientèles. Nous avons vu, au chapitre 5, la première catégorie d'impacts: celle qui, dans les régions particulièrement défavorisées en matière d'allocation des ressources sociosanitaires, entraîne l'ensemble de ces populations sur la voie du sous-développement. Nous avons surtout mis en évidence la relation directe qui existe entre les attributs qui caractérisent l'état de détérioration sociale et de vulnérabilité économique d'une population et l'absence ou le niveau peu élevé de ressources sociosanitaires disponibles dans la région où elle habite, arguant que les dépenses en santé et services sociaux constituent un champ de dépenses assez lourd, et suffisant à lui seul, pour mettre en péril une population entière. Il faut voir maintenant que les disparités dans la redistribution de ces fonds entre les régions ont un autre type d'impacts: ceux affectant directement, et en première instance, les clientèles du réseau. En effet, les disparités dans la répartition interrégionale des ressources n'entraînent pas seulement un accroissement des disparités d'emploi. À l'exode des jeunes et à la détérioration des conditions de vie en découlant, s'ajoutent des écarts importants au niveau des services offerts, entraînant ainsi des flux de clientèles, c'est-à-dire des bénéficiaires appelés à aller consommer les services que requiert leur état dans des établissements situés dans d'autres régions que celles d'où ils proviennent.

À ce propos, nous avons vu, au chapitre 4, que les indicateurs de besoins et les critères d'allocation utilisés par le MSSS sont erronés, et se traduisent par des disparités dans la répartition interrégionale des ressources ou, si l'on préfère, par un sous-financement per-

capita des établissements dans plusieurs régions sociosanitaires du Québec et un sur-financement per capita des établissements situés dans les autres. Nous avons vu également que ces écarts budgétaires ne sont pas ponctuels, mais cumulatifs, c'est-à-dire qu'ils se répètent année après année et que, si l'on ne tient pas compte des compressions budgétaires imposées par le MSSS au cours des dernières années, ils augmentent continuellement, dû à la constante progression des dépenses observée dans ce secteur d'activité depuis le début des années soixante-dix. Les analyses effectuées par le comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »²⁹⁶ et le comité de réflexion sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean²⁹⁷ ont permis d'évaluer le manque à gagner en découlant dans toutes les régions sous-financées de la province. À l'aide de ces analyses et d'une étude sur le concept de balance commerciale appliquée aux établissements sociosanitaires, nous verrons les effets en découlant sur la mobilité interrégionale des clientèles²⁹⁸. Plus précisément, nous verrons que la récurrence des disparités dans la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires se traduit par la récurrence des flux de clientèles entre les régions sur-financées (où l'offre de services est plus grande) et les régions sous-financées (où l'offre de services est moins grande). De façon corollaire, on va voir qu'en fonction des mécanismes d'allocation actuellement en vigueur, les flux interrégionaux de clientèles se traduisent par une allocation de ressources plus importantes aux centres de responsabilité situés dans les régions qui importent ou prennent en charge les clientèles provenant de l'extérieur, ce qui signifie un accroissement de la disponibilité de ressources dans les réseaux régionaux qui, en plus de

²⁹⁶ Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). op.cit. 46 pages.

²⁹⁷ Côté, Charles; Larouche, Daniel; Ansari, Abderrahim; et al. (Comité de réflexion sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean). op.cit. 29 pages.

²⁹⁸ Côté, Charles; Martin, Danielle; Rinfret, Andrée et Violette, Nicole. Validation du concept de « balance commerciale » comme mesure du déséquilibre entre l'offre et la demande de services en santé physique. (document de travail). Chicoutimi, Direction des priorités et de l'évaluation, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mai 1994. 18 pages et Côté, Charles; Larouche, Daniel; Boudreault, Marc et Martin, Danielle. Validation de la relation entre le niveau de dépenses en santé physique et les balances commerciales à l'échelle intra-régionale. (document de travail). Chicoutimi, Service des études opérationnelles, Direction générale adjointe à l'administration, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Novembre 1994. 31 pages.

desservir les clientèles provenant de leur région, ont une propension à desservir des clientèles en provenance d'autres régions ²⁹⁹.

6.2 - Profil de la mobilité interrégionale des clientèles sociosanitaires au Québec:

Il a été démontré, par le comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits », que l'allocation des ressources sociosanitaires en fonction de critères basés sur les prévisions démographiques retenues par le MSSS, jumelée à des pertes démographiques répétitives année après année, signifient, pour ces populations, un abandon progressif des services offerts, faute d'effectifs en quantité suffisante à desservir selon les normes établies. En effet, les disparités dans la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires entraînent non seulement des disparités au niveau des services offerts, mais également la concentration des personnes rémunérées pour administrer et dispenser ces services, là où sont concentrées ces ressources, ainsi que les emplois directs et indirects en découlant. L'amplification des disparités qui en découlent, dans la répartition interrégionale des emplois, entraîne à son tour un exode marqué des jeunes adultes en quête d'un emploi vers les endroits où les possibilités d'embauche sont plus grandes. Or, dans une situation où l'on applique un critère fondé sur l'importance des effectifs démographiques, parmi les paramètres utilisés dans l'élaboration de ses indicateurs de besoins, les chutes démographiques qui découlent de cet exode entraînent alors une délégitimation progressive des réseaux de services à se voir attribuer les moyens requis pour dispenser le même niveau de services qu'auparavant, d'où une augmentation des disparités interrégionales dans l'offre de services. De façon corollaire, le comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits » montre, dans son rapport, que la perte de légitimité des établissements de certaines régions du Québec de se voir attribuer le même niveau de ressources qu'auparavant, se traduit par leur incapacité à offrir un niveau de services comparable à celui offert par les établissements situés dans les régions où le niveau

²⁹⁹ Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). op.cit. pp. 10-11, 19 et 36.

de ressources disponibles est plus grand. Cette situation entraîne, à son tour, d'importants flux de clientèles, c'est-à-dire le déplacement de plusieurs bénéficiaires ou usagers qui se voient dans l'obligation d'aller consommer les services que requiert leur état, ailleurs que dans leur région d'origine. Ainsi, moins la disponibilité de services est grande dans les établissements d'une région, plus la propension à consommer des services à l'extérieur de cette région est importante. Inversement, plus l'éventail de services offerts est grand dans les établissements d'une région, plus la propension à consommer des services dans les établissements de cette région est grande, et plus les clientèles provenant d'autres régions sont importantes.³⁰⁰

6.2.1 - Le cas des établissements de courte durée:

Afin de mesurer l'importance de ces déplacements de clientèles, le comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits » et le comité de réflexion sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean ont élaboré un modèle permettant d'évaluer la mobilité interrégionale des clientèles pour les soins de courte durée, applicable à l'ensemble des centres de responsabilité du réseau, c'est-à-dire à toutes les catégories d'établissements et à tous les types de services offerts à la population. Pour ce faire, ils ont développé deux instruments de mesure appropriés: le « taux de rétention » des clientèles et le « rapport export/import » de celles-ci entre les régions sociosanitaires. Le premier de ces indicateurs, le taux de rétention des clientèles, mesure la capacité des établissements d'une région à satisfaire la demande de services exprimée par la clientèle locale. Plus précisément, il mesure la proportion en pourcentage (%) que représente l'ensemble des hospitalisations ou des journées d'hospitalisation imputables à des individus originaires d'une région et dispensées dans cette même région, par rapport à l'ensemble des hospitalisations ou des journées d'hospitalisation consommées par les individus originaires de cette région, peu importe la région où se situent les établissements dans lesquels ces services ont été consommés ou dispensés. Plus le taux

³⁰⁰ *Ibid.*, pp. 4 et 8.

de rétention est élevé, plus la capacité des établissements d'une région à satisfaire la demande de services exprimée par la clientèle locale est élevée, et moins elle exporte des clientèles à l'extérieur. Inversement, plus le taux de rétention est faible, moins la capacité des établissements d'une région à satisfaire la demande de services exprimée par la clientèle locale est élevée, et plus elle exporte des clientèles à l'extérieur. À titre d'exemple, le tableau 34 montre le taux de rétention des clientèles dans les établissements de courte durée dans chacune des régions sociosanitaires du Québec (à l'exception du Nord-du-Québec (10) et des territoires autochtones de Kativik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18)) en 1993-1994. Les colonnes E et F indiquent le taux de rétention de chaque région en hospitalisations et en journées d'hospitalisation de courte durée. Les colonnes G et H, quant à elles, permettent de classer ces régions selon le rang qu'elles occupent au niveau de leur capacité à retenir les clientèles de courte durée, le rang 1 indiquant celle dont la capacité de rétention est la plus faible. Nous sommes à même de constater, qu'en 1993-1994, ce sont les régions de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie qui se sont classées parmi les régions ayant les capacités de rétention les plus faibles en soins de courte durée, en particulier la région de Laval avec des taux de rétention atteignant seulement 31,62 % en hospitalisations et 28,02 % en journées d'hospitalisation. À l'opposé, ce sont les régions de Montréal-Centre et de Québec qui ont les plus fortes capacités de rétention, avec des taux de rétention atteignant 97,44 % en hospitalisations et 98,23 % en journées d'hospitalisation pour Montréal-Centre, et des taux atteignant 97,32 % en hospitalisations et 97,76 % en journées d'hospitalisation pour la région de Québec.

Complément du taux de rétention, le rapport export/import mesure la propension d'une région à exporter une partie de sa clientèle vers les établissements situés dans d'autres régions. Plus exactement, il mesure le rapport entre le nombre d'hospitalisations ou de journées d'hospitalisation imputable à la clientèle provenant d'une région, quelle que soit la région où sont situés les établissements où les soins ont été consommés ou dispensés, et le nombre d'hospitalisations ou de journées d'hospitalisation consommées ou dispensées dans

TABLEAU 34

Taux de rétention des clientèles de soins de courte durée par région sociosanitaire en 1993-1994
(excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

Régions sociosanitaires	Nombre d'hospitalisations consommées		Nombre de journées d'hospitalisation consommées		Taux de rétention exprimé en termes de:		Rang selon:	
	Par des gens originaires de la région	Dans leur région d'origine	Par des gens originaires de la région	Dans leur région d'origine	Hospitalisation $E = B/A \times 100$	Journées d'hospitalisation $F = D/C \times 100$	E (1)	F (2)
	A	B	C	D	E	F	G	H
01-Bas-St-Laurent	29 499	25 202	238 403	196 178	85,43	82,29	9	8
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	40 570	37 872	333 213	311 451	93,35	93,47	11	11
03-Québec	73 004	71 045	650 548	635 975	97,32	97,76	14	14
04-Mauricie-Bois-Francs	63 864	54 065	528 943	440 923	84,66	83,36	8	9
05-Estrie	36 650	34 311	313 114	297 457	93,62	95,00	12	12
06-Montréal-Centre	213 067	207 608	1 869 576	1 836 564	97,44	98,23	15	15
07-Outaouais	33 077	32 163	219 968	212 447	97,24	96,58	13	13
08-Abitibi-Témiscamingue	22 952	21 049	165 685	145 962	91,71	88,10	10	10
09-Côte-Nord	17 318	13 981	136 019	106 130	80,73	78,02	7	7
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	17 762	14 059	137 487	105 426	79,15	76,68	6	6
12-Chaudière-Appalaches	45 886	30 132	373 848	246 066	65,67	65,82	4	4
13-Laval	31 782	10 050	228 745	64 097	31,62	28,02	1	1
14-Lanaudière	40 999	24 216	308 004	192 184	59,06	62,40	2	3
15-Laurentides	44 816	27 124	312 428	194 871	60,52	62,37	3	2
16-Montérégie	140 114	94 022	1 050 863	701 398	67,10	66,74	5	5

(1) Le rang 1 indique la région qui a le taux de rétention le plus faible en hospitalisations.
(2) Le rang 1 indique la région qui a le taux de rétention le plus faible en journées d'hospitalisation.

Source: Statistiques MED-ECHO 1989-1990 à 1993-1994: les soins hospitaliers de courte durée au Québec. pp. 90 et 92.

les établissements d'une même région, peu importe la ou les régions d'où proviennent les clientèles desservies. Lorsque le rapport est supérieur à 1, cela signifie que les établissements d'une région exportent davantage de clientèles qu'ils n'en importent. Inversement, quand le rapport est inférieur à 1, cela veut dire que les établissements d'une région desservent ou importent davantage de clientèles provenant d'autres régions, qu'ils n'en exportent vers ces autres régions. À titre d'exemple, le tableau 35 montre le rapport export/import des clientèles dans les établissements de courte durée des différentes régions sociosanitaires du Québec (à l'exception du Nord-du-Québec (10) et des territoires autochtones de Kativik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18)) en 1993-1994. Les colonnes E et F montrent le rapport export/import de chaque région en hospitalisations et journées d'hospitalisation de courte durée. Les colonnes G et H, quant à elles, permettent de classer ces régions selon le rang qu'elles occupent au niveau du rapport export/import de leurs établissements de courte durée, le rang 1 indiquant la région où le rapport export/import est le plus élevé, c'est-à-dire la région qui exporte le plus de clientèles. Comme le rapport export/import est une mesure complémentaire du taux de rétention, le classement et le rang des régions correspondent à ceux du tableau précédent. Ainsi, les régions qui ont les capacités de rétention les plus faibles, comme Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie, sont également celles dont les rapports export/import sont les plus élevés, c'est-à-dire celles qui exportent le plus de clientèles. De même, les régions qui ont les plus hauts taux de rétention, comme Montréal-Centre et Québec, sont celles qui ont les rapports export/import les plus faibles, c'est-à-dire celles qui importent beaucoup plus de clientèles, qu'elles n'en exportent. Le tableau 36, quant à lui, trace le profil d'interdépendance de ces régions en soins de courte durée entre 1989-1990 et 1993-1994. Les colonnes E et F indiquent le rapport export/import en journées d'hospitalisation de courte durée dans chacune de ces régions en 1989-1990 et en 1993-1994. Les colonnes G et H, quant à elles, indiquent le rang occupé par chacune de ces régions selon leur rapport export/import en 1989-1990 et en 1993-1994, permettant ainsi d'identifier celles qui, durant cette période, ont

TABLEAU 35

Rapport export/import des clientèles de soins de courte durée par région sociosanitaire en 1993-1994
(excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

Régions sociosanitaires	Nombre d'hospitalisations consommées		Nombre de journées d'hospitalisation consommées		Rapport export/import exprimé en termes de:		Rang selon:	
	Imputables à des gens de la région	Dans la région	Imputables à des gens de la région	Dans la région	Hospitalisation $E = (A/B - 1) \times 100$	Journées d'hospitalisation $F = (C/D - 1) \times 100$	E (1)	F (2)
	A	B	C	D	E	F	G	H
01-Bas-St-Laurent	29 499	27 664	238 403	211 586	6,63	12,67	9	9
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	40 570	40 045	333 213	328 369	1,31	1,47	10	11
03-Québec	73 004	98 145	650 548	873 968	-25,62	-25,56	14	14
04-Mauricie-Bois-Francs	63 864	56 213	528 943	455 838	13,61	16,04	8	8
05-Estrie	36 650	38 392	313 114	340 295	-4,54	-7,99	13	13
06-Montréal-Centre	213 067	309 134	1 869 576	2 618 549	-31,08	-28,60	15	15
07-Outaouais	33 077	33 094	219 968	217 503	-0,05	1,13	12	12
08-Abitibi-Témiscamingue	22 952	22 752	165 680	154 964	0,88	6,91	11	10
09-Côte-Nord	17 318	14 255	136 019	107 552	21,49	26,47	7	7
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	17 762	14 312	137 487	106 801	24,10	28,73	6	6
12-Chaudière-Appalaches	45 886	32 320	373 848	261 297	41,97	43,07	5	5
13-Laval	31 782	17 855	228 745	100 736	78,00	127,07	1	1
14-Lanaudière	40 999	26 524	308 004	205 521	54,57	49,86	2	2
15-Laurentides	44 816	30 871	312 428	217 660	45,17	43,54	3	4
16-Montérégie	140 114	97 830	1 050 863	726 399	43,22	44,67	4	3

(1) Le rang 1 indique la région où le rapport export/import est le plus élevé en hospitalisations.
(2) Le rang 1 indique la région où le rapport export/import est le plus élevé en journées d'hospitalisation.

Source: Statistiques MED-ECHO 1989-1990 à 1993-1994: les soins hospitaliers de courte durée au Québec. pp. 90 et 92.

TABLEAU 36

Profil d'interdépendance des régions socio-santaires en soins de courte durée
de 1989-1990 à 1993-1994 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

Régions socio-santaires	Rapport export/import en hospitalisations de courte durée		Rapport export/import en journées d'hospitali- sation de courte durée		Rang (1) selon:		Rang (2) selon:	
	1989-1990 A	1993-1994 B	1989-1990 C	1993-1994 D	E	F	G	H
01-Bas-St-Laurent	6,15	6,63	12,52	12,67	9	9	9	9
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	1,42	1,31	1,98	1,47	11	10	11	11
03-Québec	-26,60	-25,62	-27,10	-25,56	14	14	14	14
04-Mauricie-Bois-Francs	14,47	13,61	17,59	16,04	8	8	8	8
05-Estrie	-6,32	-4,54	-9,70	-7,99	13	13	13	13
06-Montréal-Centre	-30,26	-31,08	-28,22	-28,60	15	15	15	15
07-Outaouais	-1,36	-0,05	-0,75	1,13	12	12	12	12
08-Abitibi-Témiscamingue	2,03	0,88	10,85	6,91	10	11	10	10
09-Côte-Nord	21,03	21,49	24,01	26,47	7	7	7	7
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	26,86	24,10	35,54	28,73	6	6	6	6
12-Chaudière-Appalaches	39,66	41,97	39,56	43,07	5	5	5	5
13-Laval	61,83	78,00	106,64	127,07	1	1	1	1
14-Lanaudière	58,81	54,57	56,21	49,86	2	2	2	2
15-Laurentides	50,50	45,17	51,21	43,54	3	3	4	4
16-Montérégie	49,57	43,22	51,72	44,67	4	4	3	3

(1) Le rang 1 indique la région qui exporte le plus de clientèles en hospitalisations de courte durée.
(2) Le rang 1 indique la région qui exporte le plus de clientèles en journées d'hospitalisation de courte durée.

Source: Statistiques MED-ECHO 1989-1990 à 1993-1994: les soins hospitaliers de courte durée au Québec. pp. 89-92.

exporté davantage de clientèles, qu'elles n'en ont importées, et celles qui, au contraire, ont importé davantage de clientèles, qu'elles n'en ont exportées.

6.2.2 - La relation directe entre la mobilité des clientèles et la disponibilité des ressources:

Ces flux de clientèles, rappelons-le, sont le résultat des inégalités dans la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires, par rapport à la population à desservir. En ce qui concerne les soins de courte durée, les tableaux 37 et 38 permettent d'établir une relation directe entre la mobilité interrégionale des clientèles de courte durée et le niveau de ressources disponibles dans les établissements de courte durée d'une région. Le tableau 37, par exemple, met en relation le rapport export/import en journées d'hospitalisation de courte durée dans chacune des régions sociosanitaires (à l'exception, encore une fois, du Nord-du-Québec (10) et des territoires autochtones de Kativik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18)) avec les dépenses per capita (c'est-à-dire par habitant) dans les établissements de soins de courte durée de ces régions. La colonne D indique le rang occupé par chaque région selon son rapport export/import en journées d'hospitalisation de courte durée, le rang 1 indiquant celle qui exporte le plus de clientèles. La colonne F indique le rang occupé par chaque région selon les dépenses per capita enregistrées dans ses établissements de courte durée, le rang 1 indiquant la région où ces dépenses sont les moins élevées. En comparant ces deux colonnes, on observe que les régions de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie sont celles où les dépenses per capita dans les établissements de soins de courte durée sont les moins élevées. Ainsi, les régions où les niveaux de financement des établissements de soins de courte durée sont les plus faibles sont celles où les rapport export/import sont les plus élevés, c'est-à-dire celles qui exportent le plus de clientèles. Inversement, les régions de Montréal-Centre et de Québec sont celles où les dépenses per capita dans les établissements de soins de courte durée sont les plus élevées. Autrement dit, les régions où les niveaux de financement des établissements de soins de courte durée sont

TABLEAU 37

Relation entre la mobilité interrégionale des clientèles et le niveau de financement des établissements de courte durée par région sociosanitaire (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

Régions sociosanitaires	Journées d'hospitalisation imputables à des gens de la région en 1993-1994 A	Journées d'hospitalisation consommées dans la région en 1993-1994 B	Rapport export/import en 1993-1994 C = (A/B - 1) x 100 C	Rang de C (1) D	Dépenses per capita des CHSCD en 1991-1992 (2) E	Rang de E (3) F
01-Bas-St-Laurent	238 403	211 586	12,67	9	735,08	10
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	333 213	328 369	1,47	11	788,00	11
03-Québec	650 548	873 968	-25,56	14	1241,89	14
04-Mauricie-Bois-Francs	528 943	455 838	16,04	8	682,18	7
05-Estrie	313 114	340 295	-7,99	13	937,34	13
06-Montréal-Centre	1 869 576	2 618 549	-28,60	15	1315,17	15
07-Outaouais	219 968	217 503	1,13	12	615,01	6
08-Abitibi-Témiscamingue	165 680	154 964	6,91	10	726,58	9
09-Côte-Nord	136 019	107 552	26,47	7	710,10	8
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	137 487	106 801	28,73	6	874,36	12
12-Chaudière-Appalaches	373 848	261 297	43,07	5	497,84	5
13-Laval	228 745	100 736	127,07	1	288,90	1
14-Lanaudière	308 004	205 521	49,86	2	460,99	4
15-Laurentides	312 428	217 660	43,54	4	411,84	3
16-Montérégie	1 050 863	726 399	44,67	3	395,96	2

(1) Le rang 1 indique la région qui exporte le plus de clientèles.

(2) Les dépenses per capita dans les CHSCD proviennent de la base de données SIFO pour l'année financière 1991-1992. Elles ont été calculées sur la base des populations régionales enregistrées par le recensement canadien de 1991.

(3) Le rang 1 indique la région où les dépenses per capita dans les CHSCD sont les moins élevées.

Source: SIFO Système d'information financière et opérationnelle. Statistiques 1985-1986 à 1991-1992. pp. 36 et 115-116.

Statistiques MED-ECHO 1989-1990 à 1993-1994: les soins hospitaliers de courte durée au Québec. p. 92.

les plus élevés sont celles où les rapport export/import sont les plus faibles, c'est-à-dire celles qui importent le plus de clientèles.

Le tableau 38, quant à lui, met en relation le rapport export/import en journées d'hospitalisation de courte durée dans chacune de ces régions avec le nombre de lits/1000 habitants disponibles dans les établissements de courte durée de ces mêmes régions. La colonne E indique le rang occupé par chaque région selon le nombre de lits/1000 habitants disponibles dans ses établissements de courte durée, le rang 1 indiquant celle où la quantité de lits disponibles est la plus faible. La colonne F indique le rang occupé par chaque région selon son rapport export/import en soins de courte durée. En comparant ces deux colonnes, on constate la même relation entre la disponibilité de lits de courte durée par 1000 habitants et le rapport export/import d'une région, que celle observée, dans le tableau précédent, entre les dépenses per capita dans les établissements de soins de courte durée d'une région et son rapport export/import. C'est donc dans les régions de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie que l'on retrouve le moins grand nombre de lits de courte durée par 1000 habitants, alors que la situation est tout à fait l'inverse dans les régions de Montréal-Centre et de Québec. Nous pouvons en déduire qu'en ce qui concerne les soins de courte durée au Québec, les régions dont le niveau de financement des établissements et le nombre de lits/1000 habitants sont les plus bas, se caractérisent par une capacité de rétention plus faible de leurs clientèles et, par voie de conséquence, une plus grande propension à les exporter vers les régions où les dépenses per capita et le nombre de lits de courte durée par 1000 habitants sont plus élevés. Inversement, les régions où le niveau de financement des établissements et le nombre de lits/1000 habitants sont plus élevés, se caractérisent par une plus grande capacité de rétention de leurs clientèles, et une propension plus marquée à importer des clientèles provenant des régions moins pourvues en ressources.

Il ressort de cette démonstration que la disponibilité des ressources est sans contredit le facteur déterminant du niveau de services offerts à une population et des déplacements de

TABLEAU 38

Relation entre la mobilité interrégionale des clientèles et la disponibilité de lits de courte durée par région sociosanitaire en 1993-1994 (excluant les régions nordiques 10, 17 et 18)

Régions sociosanitaires	Nombre de lits de courte durée en 1993-1994 (1)	Population 1991 (2)	Nombre de lits/1 000 habitants C = A/B x 1000	Rapport export/import en journées d'hospitalisation 1993-1994	Rang selon C (3)	Rang selon D (4)
	A	B	C	D	E	F
01-Bas-St-Laurent	847	202 040	4,19	12,67	11	9
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	1 046	286 145	3,65	1,47	9	11
03-Québec	3 165	615 830	5,14	-25,56	15	14
04-Mauricie-Bois-Francs	1 625	466 225	3,48	16,04	8	8
05-Estrie	1 129	269 165	4,19	-7,99	12	13
06-Montréal-Centre	8 736	1 775 860	4,92	-28,60	14	15
07-Outaouais	708	283 235	2,50	1,13	6	12
08-Abitibi-Témiscamingue	511	151 978	3,36	6,91	7	10
09-Côte-Nord	422	103 425	4,08	26,47	10	7
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	443	105 740	4,19	28,73	13	6
12-Chaudière-Appalaches	897	367 910	2,44	43,07	5	5
13-Laval	592	314 400	1,88	127,07	1	1
14-Lanaudière	674	334 995	2,01	49,86	4	2
15-Laurentides	717	381 695	1,88	43,54	2	4
16-Montérégie	2 341	1 198 100	1,95	44,67	3	3

(1) Il s'agit du nombre de lits de courte durée en soins physiques, psychiatriques et en réadaptation fonctionnelle intensive.

(2) Selon le recensement canadien de 1991.

(3) Le rang 1 indique la région où le nombre de lits/1000 habitants est le moins élevé

(4) Le rang 1 indique la région qui exporte le plus de clientèles.

Source: Statistiques MED-ECHO 1989-1990 à 1993-1994: les soins hospitaliers de courte durée au Québec. p. 92.

Planification du développement des ressources institutionnelles de courte durée... Annexe B.

clientèles observés entre les régions. Et ce qui vaut pour les établissements de soins de courte durée vaut également pour toutes les autres catégories d'établissements et tous les autres types de services, qu'il s'agisse de soins de longue durée ou de soins psychiatriques, ou encore de services d'accueil, d'hébergement ou de réadaptation. Par exemple, les régions où la disponibilité des ressources de longue durée est la moins grande sont en même temps celles qui exportent le plus de clientèles ayant besoin de ce genre de services et, inversement, celles où la disponibilité des ressources de longue durée est la plus grande, sont celles qui importent le plus de clientèles de ce type, et ainsi de suite. En effet, si on se reporte au tableau 23 du chapitre 4, on constate que les régions qui ont le plus de difficulté à satisfaire les besoins exprimés par leur propre population, et qui exportent le plus de clientèles, sont celles qui, de manière générale, souffrent des niveaux de sous-financement les plus élevés par rapport à la population à desservir et ce, pour l'ensemble des centres de responsabilité. Inversement, les régions qui ont le plus de facilité à répondre aux besoins exprimés localement, et qui importent davantage de clientèles, qu'elles n'en exportent, sont celles qui profitent des niveaux de sur-financement les plus élevés par rapport à la population à desservir. Ainsi, les régions de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie sont celles où les dépenses totales per capita, pour l'ensemble des centres de responsabilité, sont les plus faibles, occupant les premiers rangs des régions classées d'après leur niveau de sous-financement, alors que les régions de Montréal-Centre et de Québec sont celles où, au contraire, les dépenses totales per capita, pour l'ensemble des centres de responsabilité, sont les plus élevées, occupant les premiers rangs des régions classées d'après leur niveau de sur-financement.

6.3 - Profil des déséquilibres interrégionaux entre l'offre et la demande de services sociosanitaires au Québec:

De façon globale, on peut dire qu'une région sociosanitaire où le niveau de financement des établissements et des organismes (ou le niveau de ressources disponibles) est plus élevé ou

proportionnel à son per capita (c'est-à-dire plus grand ou proportionnel à la population à desservir) se caractérise par un taux de rétention plus élevé des clientèles, d'où une plus grande autonomie régionale. Étant donné que l'offre de services est plus grande ou proportionnelle à la demande exprimée par la population locale (c'est-à-dire issue de cette région), la consommation des services par les clientèles issues de cette région se fait principalement dans les établissements et les organismes situés à l'intérieur de celle-ci. Cette disponibilité plus grande de ressources permet également à ces établissements et à ces organismes de satisfaire une partie de la demande de services exprimée par les clientèles provenant des régions moins bien nanties en ressources. Inversement, on peut dire qu'une région sociosanitaire où le niveau de financement des établissements et des organismes (ou le niveau de ressources disponibles) est inférieur à son per capita (c'est-à-dire inférieur à la population à desservir) se caractérise par un taux de rétention plus faible des clientèles, d'où une plus grande dépendance envers les services offerts à l'extérieur de la région. Étant donné que cette insuffisance de ressources se traduit par l'incapacité des établissements et des organismes de cette région à satisfaire la demande exprimée par la population locale (c'est-à-dire issue de cette région), la consommation des services par les clientèles issues de cette région se fait en grande partie dans des établissements et des organismes situés à l'extérieur de celle-ci ³⁰¹.

6.3.1 - Le cas des dépenses en santé physique:

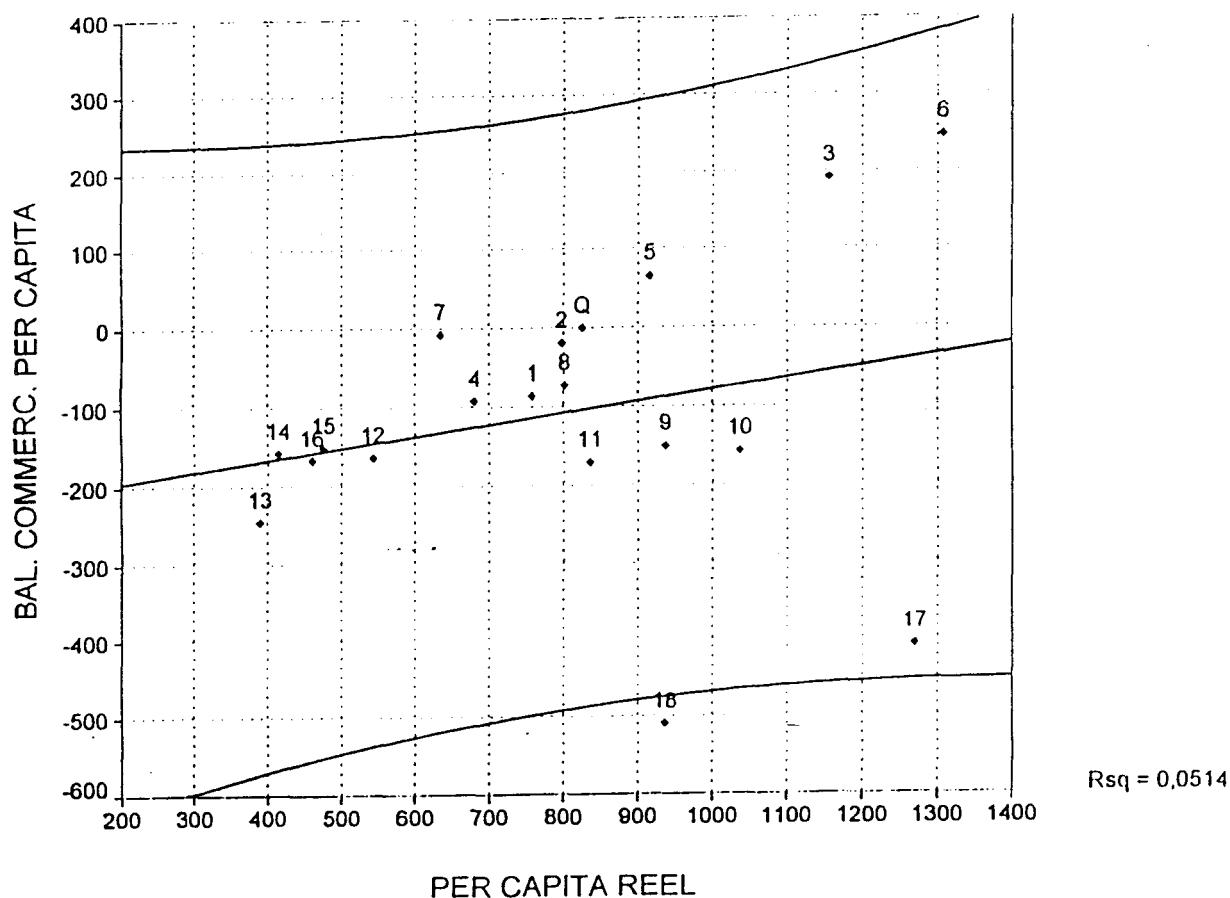
Pour mesurer l'importance du rapport export/import et du déséquilibre entre l'offre et la demande de services disponibles dans une même région, le service des études opérationnelles de la RRSSS-02 a développé le concept de la balance commerciale et en a validé l'utilisation comme mesure des disparités dans la répartition interrégionale des ressources en santé physique, c'est-à-dire dans le programme qui, rappelons-le, commande la plus grande part du budget total en santé et en services sociaux, avec 48,0 % de l'ensemble des crédits

³⁰¹ Côté, Charles; Martin, Danielle; Rinfret, Andrée et Violette, Nicole. op.cit. p. 5.

dépensés dans le réseau pendant une année. Cet indicateur permet non seulement de mesurer les déséquilibres interrégionaux entre l'offre et la demande de services en santé physique mais également de déterminer si une région importe davantage de clientèles, qu'elle n'en exporte, si elle positive, ou l'inverse, si elle est négative. D'où la relation directe entre la disponibilité relative des ressources (ou du niveau de dépenses per capita) en santé physique dans une région, et la balance commerciale per capita de cette région, c'est-à-dire entre la capacité relative des établissements et des organismes d'une région de satisfaire la demande locale en santé physique, et la capacité relative de cette région à retenir les clientèles réclamant des soins de santé physique. Le graphique 18 illustre cette relation à l'échelle des dix-huit régions sociosanitaires du Québec (incluant le Nord-du-Québec (10) et les territoires autochtones de Kativik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18)). À première vue, la relation semble toutefois quasi inexistante entre les dépenses per capita dans les établissements de ces régions et leur balance commerciale, ce qui pourrait laisser croire qu'il n'y pas, justement, de relation directe entre ces deux variables. En effet, le coefficient de détermination entre les deux atteint seulement 5,14 %, ce qui veut dire que sur une échelle de 0 à 100, le niveau de financement des établissements (et par conséquent le niveau de services offerts) compterait pour seulement 5,14 % parmi l'ensemble des facteurs permettant d'expliquer les variations de la balance commerciale. On distingue cependant deux grandes classes de régions dans le graphique. Il y a d'abord celles dont le profil de distribution des dépenses per capita et de la balance commerciale correspond à la relation attendue entre les deux. Il s'agit des régions du Bas-St-Laurent (01), du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02), de Québec (03), de la Mauricie-Bois-Francs (04), de l'Estrie (05), de Montréal-Centre (06), de l'Outaouais (07), de l'Abitibi-Témiscamingue (08), de Chaudière-Appalaches (12), de Laval (13), de Lanaudière (14), des Laurentides (15) et de la Montérégie (16), soit treize régions où se vérifie la relation attendue entre le niveau de financement per capita et la balance commerciale per capita. Il y a ensuite celles qui font bande à part, c'est-à-dire cinq régions qui se démarquent des autres de par leurs particularités et du fait qu'elles s'écartent de la relation observée entre le niveau de

GRAPHIQUE 18

**Balance commerciale per capita (le cas des dépenses en santé physique)
par région sociosanitaire (hypothèse incluant les dépenses de la RAMQ
et les dix-huit régions sociosanitaires)**



Source: Côté, Charles; Martin, Danielle; Rinfret, Andrée et Violette, Nicole. Validation du concept de « balance commerciale » comme mesure du déséquilibre entre l'offre et la demande de services en santé physique. p. 12.

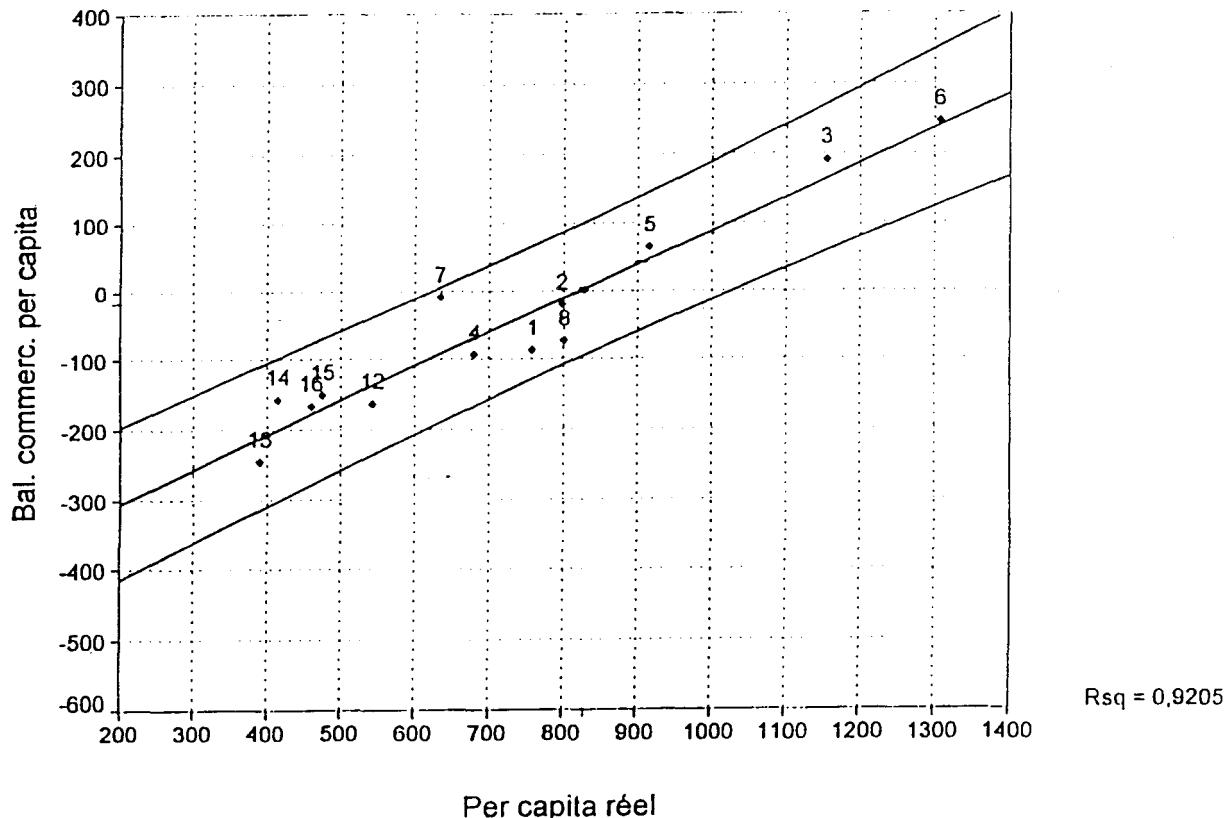
ressources disponibles et la balance commerciale. Il s'agit des régions de la Côte-Nord (09), du Nord-du-Québec (10), de la Gaspésie et des Iles-de-la-Madeleine (11), ainsi que des territoires autochtones de Kativik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18). Ces régions partagent les caractéristiques suivantes: elles sont situées à la frange du noyau habité du Québec, leur poids démographique est très faible (ensemble, elles ne regroupent que 3,5 % de la population totale du Québec) et leur population est très dispersée dans l'espace ³⁰².

Les particularités que partagent ces cinq régions en font des exceptions parmi l'ensemble des régions sociosanitaires du Québec. Elles ne peuvent donc pas être comparées aux autres régions observées dans ce graphique, à moins de tenir compte de leur situation particulière. D'ailleurs, ces cinq régions partagent également une autre caractéristique importante, qui affecte directement la répartition de leurs dépenses et le niveau de services qu'elles offrent à leur population. Comme l'a montré le tableau 15 du chapitre 4, ce sont les régions où les dépenses de soutien (incluant principalement les dépenses administratives) occupent la plus grande part parmi l'ensemble des dépenses, par rapport aux dépenses de services. Elles se caractérisent notamment par une propension à faire tout à fait le contraire de celles où le niveau de financement est suffisamment élevé pour leur permettre de faire des économies d'échelle et amortir les coûts fixes. Or, si nous mettons de côté ces cinq régions et que l'on applique les mêmes calculs et les mêmes raisonnements aux autres régions, nous constatons alors l'existence d'une relation directe entre le niveau de dépenses per capita de ces régions et leur balance commerciale per capita. Comme le montre le graphique 19, le coefficient de détermination de la relation entre ces deux variables atteint maintenant 92,05 %, ce qui signifie que sur une échelle de 0 à 100, le niveau de financement des établissements (et par conséquent le niveau de services offerts) compte pour 92,05 % parmi l'ensemble des facteurs permettant d'expliquer les variations de la balance commerciale pour chacune de ces treize régions. Le graphique 20, quant à lui, permet d'isoler quelques traces d'économies d'échelle attribuables aux régions de Montréal-centre (06) et de Québec (03), c'est-à-dire

³⁰² *Ibid.*, pp. 5, 10 et 13.

GRAPHIQUE 19

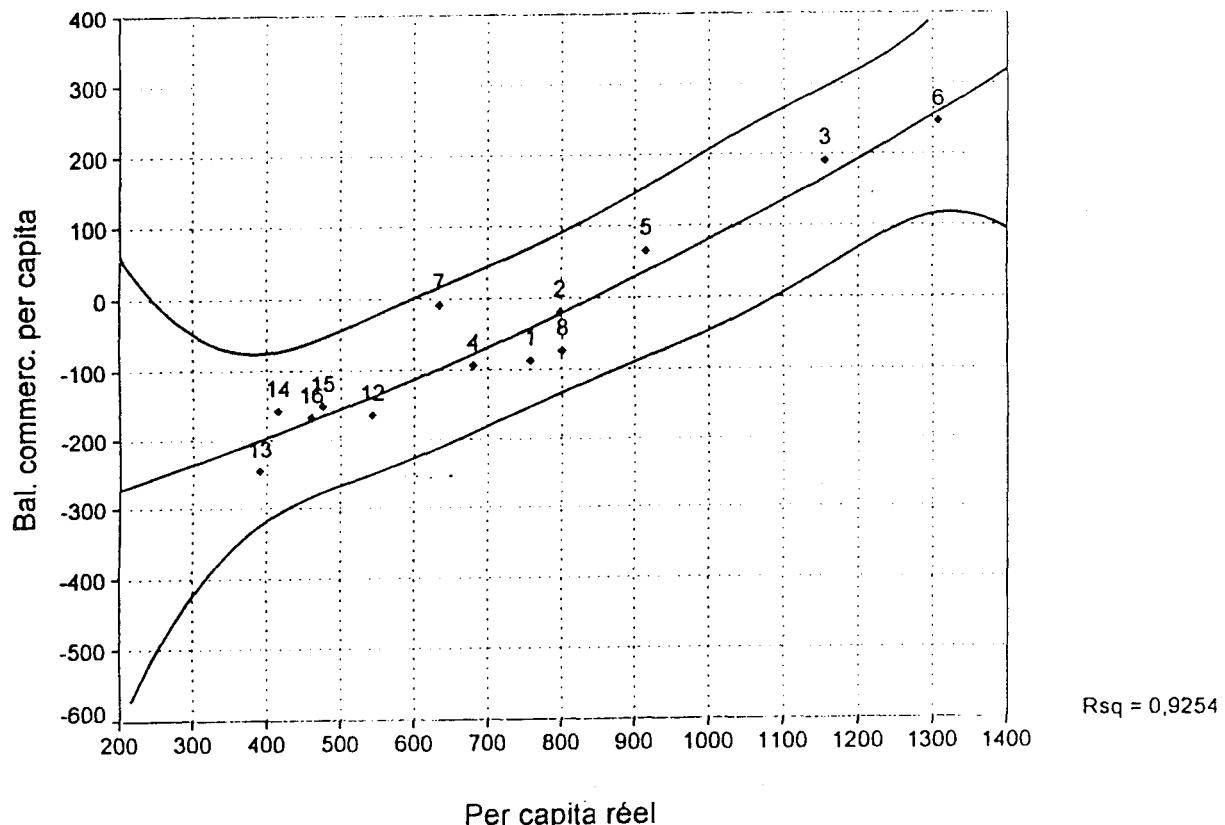
**Balance commerciale per capita (le cas des dépenses en santé physique)
par région sociosanitaire (hypothèse incluant les dépenses de la RAMQ
et les treize régions sociosanitaires autres que
les régions 09, 10, 11, 17 et 18)**



Source: Côté, Charles; Martin, Danielle; Rinfret, Andrée et Violette, Nicole. Validation du concept de « balance commerciale » comme mesure du déséquilibre entre l'offre et la demande de services en santé physique. p. 15.

GRAPHIQUE 20

**Balance commerciale per capita (le cas des dépenses en santé physique)
par région sociosanitaire (hypothèse incluant les dépenses de la RAMQ,
les treize régions sociosanitaires autres que les régions 09, 10, 11, 17
et 18 et les économies d'échelle attribuables aux régions 03 et 06)**



Source: Côté, Charles; Martin, Danielle; Rinfret, Andrée et Violette, Nicole. Validation du concept de « balance commerciale » comme mesure du déséquilibre entre l'offre et la demande de services en santé physique. p. 17.

aux deux régions où la densité et le volume des ressources disponibles sont les plus élevés de la province, par rapport aux populations à desservir qu'elles regroupent sur leur territoire respectif. Nous constatons que les volumes d'activités produites dans ces deux régions sont suffisamment considérables pour permettre aux établissements qui dispensent ces services de faire des économies d'échelle et amortir ainsi les coûts fixes, principalement les dépenses administratives, inhérents à la dispensation des services. Le niveau d'attraction exercée sur les clientèles provenant des autres régions (mesuré par la balance commerciale) dépasse alors le niveau attendu (mesuré par le niveau de dépenses per capita). Le graphique 20 montre également que lorsqu'on inclut les économies d'échelle, le coefficient de détermination passe alors de 92,05 % à 92,54 %. La différence entre les deux étant égale à 0,49 % (92,54 % - 92,05 % = 0,49 %), cela signifie que sur l'échelle de 0 à 100, les économies d'échelle contribuent pour une valeur de 0,49 % parmi les facteurs expliquant les variations de la balance commerciale ³⁰³.

Étant donné que la balance commerciale va de pair avec ces autres indicateurs de la mobilité des clientèles que sont le taux de rétention et le rapport export/import, et qu'ils dépendent tous, en première instance, du niveau de financement ou de ressources disponibles dans les établissements et les organismes des régions sociosanitaires, ce sont les régions de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie, c'est-à-dire les régions où les dépenses per capita et la capacité de rétention des clientèles sont les plus faibles qui, encore une fois, sont les plus déficitaires. Par conséquent, plus le niveau de financement (c'est-à-dire le niveau de dépenses per capita ou le niveau relatif de ressources disponibles) et le niveau de services offerts sont élevés dans une région, plus la capacité relative des établissements et des organismes de cette région à satisfaire la demande exprimée localement et à répondre à une partie de la demande exprimée par des individus résidant dans d'autres régions est grande, plus cette région devient importatrice de clientèles, et plus sa balance commerciale est positive. Inversement, moins le niveau de financement (c'est-à-dire le niveau de dépenses

³⁰³ *Ibid.*, pp. 6, 13 et 16.

per capita ou le niveau relatif de ressources disponibles) et le niveau de services offerts sont élevés dans une région, moins la capacité relative des établissements et des organismes de cette région à satisfaire pleinement la demande exprimée localement est grande, plus cette région devient exportatrice de clientèles, et plus sa balance commerciale est négative.

6.3.2 - La relation entre l'état de santé et de bien-être des populations régionales et les profils régionaux de consommation des services sociosanitaires:

En ce qui concerne la disponibilité des ressources et la mobilité des clientèles des régions périphériques comme le Bas-St-Laurent, le Saguenay-Lac-Saint-Jean et l'Abitibi-Témiscamingue, nous pouvons voir, à l'aide des tableaux 34 à 38 et du tableau 23 du chapitre 4, qu'elles occupent les 9 ième, 10 ième et 11 ième rangs des régions classées d'après leur niveau de dépenses per capita en soins de courte durée, leur taux de rétention et leur rapport export/import des clientèles de courte durée, ainsi que les 7 ième, 9 ième et 11 ième rangs des régions classées d'après leur nombre de lits de courte durée par 1000 habitants disponibles et les 8 ième, 9 ième et 10 ième rangs des régions classées d'après leur niveau de financement per capita pour l'ensemble des centres de responsabilité. Bien qu'elles soient sous-financées par rapport à la portion de la population du Québec qu'elles regroupent sur leur territoire respectif, ces régions conservent tout de même une plus grande capacité de rétention des clientèles et un rapport export/import moins élevé que ceux des régions de la Mauricie-Bois-Francs, de Chaudière-Appalaches, de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie.

Nous pouvons ainsi noter que, d'après le « bilan-dollars », la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean semble presque en situation d'équilibre au chapitre de la mobilité des clientèles de courte durée. Comparativement à d'autres régions aussi mal nanties qu'elle en ressources de courte durée, elle n'exporte pas plus que les autres ses clientèles vers l'extérieur. Son taux de rétention se compare même à ceux d'autres régions mieux pourvues en ressources. À ce

propos, les chiffres fournis par le service des études opérationnelles de la RSSSS-02 indiquent, qu'entre 1982-1983 et 1991-1992, à peine 7,1 % des journées d'hospitalisation en courte durée attribuables à des gens originaires de la région ont été consommées à l'extérieur de la région, contre 16,9 % pour la région de la Mauricie-Bois-Francs et 19,5 % pour la région du Bas-St-Laurent³⁰⁴. D'après le « bilan-lits », les établissements de courte durée de la région ont opéré, en 1988-1989, 5,13 % des lits de courte durée disponibles au Québec, et assuré 5,08 % des journées d'hospitalisation en courte durée dispensées au Québec. Pour cela, ils disposaient de 4,53 % des ressources financières disponibles pour assurer les soins de courte durée au Québec, ce qui représentait, à ce moment-là, un niveau de financement proportionnel au volume de la population du Québec résidant dans la région, soit 4,53 % des dépenses pour 4,56 % de la population du Québec³⁰⁵.

À première vue, cette apparente sur-consommation de services et de soins de courte durée au Saguenay-Lac-Saint-Jean pourrait être interprétée, selon le « bilan-dollars », comme le résultat d'une surabondance de ressources dans la région. Or, il n'en est rien. Les chiffres présentés au chapitre 4 sur le niveau de sous-financement per capita de la région empêchent toute illusion à ce sujet³⁰⁶. Lorsqu'on observe, par exemple, l'ensemble des dépenses dans tous les centres de responsabilité de la région, on constate, qu'en 1988-1989, celle-ci ne disposait que de 3,92 % de toutes les ressources financières disponibles au Québec, alors qu'elle regroupait 4,56 % de la population totale du Québec sur son territoire. Cette situation, selon le comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits », était principalement attribuable au sous-financement des établissements psychiatriques, d'hébergement et de soins de longue durée³⁰⁷. À l'aide des chiffres présentés au chapitre 4, nous constatons

³⁰⁴ Côté, Charles; Larouche, Daniel; Ansari, Abderrahim; et al. (Comité de réflexion sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean). op.cit. p. 12.

³⁰⁵ Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). op.cit. p. 35.

³⁰⁶ Côté, Charles; Larouche, Daniel; Ansari, Abderrahim; et al. (Comité de réflexion sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean). op.cit. p. 8.

³⁰⁷ Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). op.cit. p. 35.

également, qu'en 1991-1992, la situation ne s'est pas améliorée. Alors que son poids démographique diminue progressivement, la région ne dispose plus alors, selon cette source de données, que de 3,50 % de l'ensemble des ressources financières disponibles au Québec, contre 3,92 % en 1988-1989, selon les chiffres du « bilan-dollars »³⁰⁸. On peut donc en déduire, selon le comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits », qu'il n'y a pas de surabondance ou de surplus de lits de courte durée dans la région, mais plutôt un déficit important au niveau des dépenses per capita, qui pénalise principalement les centres d'hébergement et de soins de longue durée, alors que les établissements de soins de courte durée jouent le rôle d'une sorte de tampon qui a pour effet de minimiser les conséquences de ce déficit³⁰⁹.

Au plan des coûts d'opération, cette situation crée cependant l'illusion, selon le comité de réflexion sur le « bilan-dollars », d'une région plus performante, produisant davantage de ressources matérielles, en l'occurrence des lits de courte durée, avec moins de ressources financières³¹⁰. Or, le profil démographique, économique et social de la région, tracé au chapitre 5, tend plutôt à démontrer que cette propension à consommer des services de courte durée (qui ne doit pas être confondue avec le niveau de services effectivement offerts) est en réalité le résultat de la détérioration de l'état de santé et de bien-être de sa population, et non la manifestation d'une plus grande disponibilité de ressources financières, raisonnement qui vaut également pour les régions du Bas-St-Laurent et de l'Abitibi-Témiscamingue. En plus d'être sous-financées, ces trois régions se classent parmi les régions dont les niveaux de sous-emploi (mesuré par le taux d'inoccupation) sont parmi les plus élevés de la province, situation en partie imputable à ce sous-financement. Il en résulte

³⁰⁸ **St-Pierre, Marc-André; Beaupré, Michel; Chouinard, Marthe; et al.** SIFO: Système d'information financière et opérationnelle: Statistiques 1985-1986 à 1991-1992. Québec, Services des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Septembre 1993. p. 36.

³⁰⁹ **Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al.** (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). op.cit. p. 44.

³¹⁰ **Côté, Charles; Larouche, Daniel; Ansari, Abderrahim; et al.** (Comité de réflexion sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean). op.cit. p. 15.

évidemment un rapport emploi/population beaucoup plus faible et une proportion plus élevée de personnes sans revenu d'emploi parmi l'ensemble de la population âgée de 15 ans et plus. Or, il a été établi, au chapitre 5, que plus la part occupée par les gens sans emploi est élevée dans une région, plus le niveau relatif de pauvreté et de dépendance de la population de cette région est élevé, et plus la propension des habitants de cette région à émigrer vers d'autres régions est grande, principalement chez les jeunes adultes à la recherche d'un emploi, et en âge de fonder une famille. À ce propos, rappelons que le graphique 14 du chapitre 5 a montré, à l'échelle des MRC du Québec, que plus le taux d'inoccupation est élevé dans un territoire, moins le revenu moyen par habitant est élevé, et plus le niveau de dépendance de la population est élevé, en particulier à l'égard des paiements de transfert gouvernementaux comme l'assurance-chômage et le bien-être social, pour ceux qui ne travaillent pas. Comme chacun le sait, plus les niveaux de sous-emploi et de pauvreté sont élevés dans une région, plus l'état de santé et de bien-être de sa population est détérioré, et plus la propension à recourir aux services sociosanitaires est élevée. Même s'il y a des personnes très malades chez les gens riches, on observe généralement que les personnes pauvres ont tendance à être plus malades que les gens riches. C'est pourquoi les régions comme celle du Saguenay-Lac-Saint-Jean, où le rapport emploi/population est l'un des plus faibles au Québec, sont également celles où les profils de consommation des services sociosanitaires tendent à être parmi les plus élevés. Il en résulte des taux de consommation de certaines catégories de services plus élevés que dans certaines régions mieux nanties en ressources, entraînant ainsi une pression à la hausse des coûts de production dans les centres de responsabilité qui dispensent ces services et ce, malgré les niveaux de sous-financement dont souffrent ces régions.

La région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, par exemple, se situe, selon les données du « bilan-dollars », aux premiers rangs des régions du Québec classées d'après leur taux comparatif de mortalité, occupant le 2^{ème} rang chez les hommes et le 1^{er} rang chez les femmes. Cette détérioration plus prononcée de l'état de santé de ceux qui demeurent dans la région se fait

surtout sentir au niveau des soins de courte durée. Les statistiques disponibles sur les soins de courte durée dans la région indiquent que le niveau de consommation des services hospitaliers de courte durée est largement supérieur, depuis une dizaine d'années, à celui de l'ensemble du Québec, pour chacune des catégories de diagnostic permettant de mesurer le niveau de morbidité dans la population et ce, pour la plupart des groupes d'âge quinquenaux. Il est clair, selon les analyses du « bilan-dollars », que la situation socio-économique d'une population est un déterminant plus important et plus conséquent que les services sociosanitaires disponibles pour expliquer son état de santé et de bien-être. C'est ce qui explique d'ailleurs que l'état de santé et de bien-être de la population de certains quartiers défavorisés de Montréal-Centre soit si détérioré, malgré l'abondance de services sociosanitaires généraux, spécialisés et ultra-spécialisés que l'on y retrouve³¹¹. Dans le système actuel, les services sociosanitaires ne sont, en réalité, que des mesures palliatives visant à corriger des dysfonctionnements individuels et à amoindrir les souffrances des gens qui sont malades ou qui éprouvent des difficultés d'adaptation ou d'intégration à la société, répondant ainsi simplement à des besoins imputables à l'état de santé et de bien-être des individus (ou usagers) appartenant à une population, d'où l'approche par « programme-clientèle ».

Dans le cas d'une région comme celle du Saguenay-Lac-Saint-Jean, où le profil de consommation des soins de courte durée et le taux de rétention des clientèles sont plus élevés, cette situation apparemment favorable est en réalité dévastatrice au niveau de l'allocation des ressources. Parce qu'elle n'exporte pas ses clientèles, elle donne l'impression d'être autosuffisante ou, si l'on préfère, d'avoir en main toutes les ressources dont elle a besoin pour répondre à tous les besoins de sa population. Les critères d'allocation actuellement en vigueur font alors en sorte qu'elle a droit à moins de ressources que le niveau réel dont elle aurait besoin, compte tenu de son état de sous-financement per capita

³¹¹ *Ibid.*, pp. 4 et 7-8.

³¹² À titre d'exemple, rappelons que pour combler l'écart entre le Saguenay-Lac-Saint-Jean, qu'il considérait en surplus de ressources matérielles, en particulier en lits de courte durée, et les autres régions qu'il considérait en déficit, le MSSS proposait, peu de temps avant la publication du rapport du comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits », de procéder par l'attrition de ce surplus, en gelant le développement des ressources matérielles dans cette région, tout en augmentant la disponibilité des ressources matérielles dans les régions considérées en déficit. Or, selon le comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits », cette procédure ne pouvait avoir pour effet que d'accroître le déséquilibre financier déjà existant entre cette région et les autres régions du Québec ³¹³. Ainsi, en 1993-1994, la région a opéré 4,37 % des lits de courte durée disponibles au Québec, contre 5,13 % en 1988-1989, période durant laquelle elle a assumé 4,72 % des journées d'hospitalisation en courte durée dispensées au Québec, contre 5,08 % en 1988-1989 ³¹⁴. Dès 1991-1992, elle ne disposait plus, cependant, que de 3,93 % des ressources financières disponibles pour assurer les soins de courte durée au Québec, au lieu des 4,53 % dont elle disposait trois années auparavant, en 1988-1989 ³¹⁵. Selon le comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits », cette diminution des ressources matérielles disponibles devrait éventuellement entraîner un affaiblissement de la capacité de rétention des établissements de courte durée de la région, et contraindre une partie de plus en plus importante de leur clientèle à se déplacer vers d'autres régions pour recevoir les soins et les services dont elle a besoin, brisant ainsi la situation d'équilibre qui

³¹² *Ibid.*, p. 8.

³¹³ Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). *op.cit.* p. 17.

³¹⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Planification du développement des ressources institutionnelles de courte durée, d'hébergement et de soins de longue durée: Énoncé d'un cadre normatif. Québec, Service des politiques et orientations, Direction de la planification, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Mai 1995. Annexe B et St-Pierre, Marc-André; Beaupré, Michel; Bourdages, Jeanne; Hins, Nicole; et al. Statistiques MED-ECHO 1989-1990 à 1993-1994: les soins hospitaliers de courte durée au Québec. Québec, Service de l'analyse statistique, Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Service de l'infocentre, Direction des ressources informationnelles, Direction générale de l'administration et des immobilisations, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Novembre 1995. p. 92.

³¹⁵ St-Pierre, Marc-André; Beaupré, Michel; Chouinard, Marthe; et al. *op.cit.* p. 36.

prévaut actuellement dans la région au niveau de la mobilité des clientèles³¹⁶. Par ailleurs, rappelons que sa propension à perdre une partie importante de ses effectifs, surtout chez les jeunes adultes en âge de fonder une famille, devrait entraîner à plus ou moins long terme une diminution de sa population totale et de son éligibilité au financement public, que ce soit en santé, en éducation ou dans tout autre domaine d'intervention du Gouvernement. Il faut se rendre à l'évidence, selon le comité de réflexion sur le « bilan-dollars », que cette méthode de répartition des ressources a pour effet de contribuer à sous-financer encore davantage cette région et de sacrifier encore plus l'état de santé et de bien-être de sa population, ou de ce qui en reste, et que ce qui vaut pour le Saguenay-Lac-Saint-Jean s'applique également, à des degrés divers, aux autres régions sous-financées du Québec³¹⁷.

Inversement, la situation apparemment plus désastreuse qu'ailleurs des régions de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie, au niveau de leur sous-financement per capita, est en réalité moins dramatique que l'on pourrait croire, compte tenu de l'état de santé et de bien-être de leur population et de leur profil de consommation des services. À ce propos, le graphique 14 et le tableau 32 du chapitre 5 ont montré que le niveau d'emploi disponible (mesuré par le rapport emploi/population) et le revenu moyen par habitant de ces régions sont parmi les plus élevés de la province, contrairement à ceux des régions périphériques du Bas-St-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Gaspésie et des Iles-de-la-Madeleine, qui affichent des taux d'inoccupation parmi les plus élevés de la province. Il en résulte, dans les régions de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie, des conditions de vie plus favorables et une population en meilleure santé. Parce que les gens qui demeurent dans ces régions sont généralement portés à être moins malades qu'ailleurs, les profils de consommation des services sociosanitaires ont tendance à être moins élevés, ce qui a pour effet de minimiser, en quelque sorte, les

³¹⁶ Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). op.cit. p. 18.

³¹⁷ Côté, Charles; Larouche, Daniel; Ansari, Abderrahim; et al. (Comité de réflexion sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean). op.cit. pp. 8 et 14.

effets des niveaux apparemment plus élevés de sous-financement per capita de ces régions. Il importe également de replacer ces régions dans leur contexte géographique et démographique. Celles-ci constituent, en effet, la banlieue immédiate de Montréal-Centre. Cette situation leur permet de bénéficier de façon assez considérable de la surabondance des ressources présentes dans la métropole et des services généraux, spécialisés et ultra-spécialisés qu'on y retrouve. À ce sujet, le tableau 33 et le graphique 15 du chapitre 5 ont montré que, malgré cette surabondance de ressources, la région de Montréal-Centre est en train de perdre progressivement une partie importante de ses effectifs au profit des régions voisines, principalement chez les jeunes adultes qui ont les moyens d'aller vivre en banlieue, tout en continuant, pour la plupart, à travailler à Montréal, laissant ainsi derrière eux les plus démunis, dans les quartiers défavorisés du centre-ville. Or, les gens qui résident en banlieue, en particulier ceux qui habitent à Laval et dans les municipalités limitrophes des régions de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie, ne vont pas seulement à Montréal pour y travailler et y dépenser une partie de leur paie. Parce qu'on y offre une variété de services sociosanitaires plus grande que partout ailleurs, une bonne partie d'entre eux y vont également pour s'y faire soigner, lorsqu'ils sont malades et qu'ils ne peuvent le faire chez eux. Ces régions profitent, en quelque sorte, des retombées économiques de la concentration des ressources, et des emplois directs et indirects en découlant, dans la métropole. Par ailleurs, le fait que ces régions soient en pleine croissance démographique (ce sont celles où l'on a enregistré, entre 1971 et 1991, les plus hauts taux de croissance de la cohorte des jeunes âgés entre 20 et 34 ans en 1991) devrait, en principe, favoriser, à plus ou moins long terme, une augmentation de leur éligibilité à l'obtention du financement public en général. Ainsi, lorsqu'on met le niveau de sous-financement per capita de ces régions en relation avec leur situation géographique, démographique, économique et sociale, celui-ci apparaît moins problématique, même si, à première vue, il semble plus grave, que celui d'une région périphérique comme le Saguenay-Lac-Saint-Jean, où l'état de santé et de bien-être de la population est plus détérioré, et où le profil de consommation des services est plus élevé. Il ne fait donc aucun doute, dans l'esprit des membres du comité de réflexion sur le « bilan-

dollars », que l'état de santé et de bien-être des populations régionales ne fait pas partie des critères sur lesquels se base la répartition interrégionale des ressources en santé et en services sociaux³¹⁸.

6.4 - Conclusion:

Nous pouvons conclure de ces analyses que, tel un cercle vicieux, les flux de clientèles découlant des disparités dans la répartition interrégionale des ressources ont également pour effet d'aggraver ces disparités, accentuant par le fait même leurs effets sur l'état de santé et de bien-être des populations affectées. Avec ses critères d'allocation et ses méthodes de répartition des budgets, le MSSS est le principal artisan responsable de cette situation, avec l'assentiment du Conseil du Trésor et du Ministère des Finances. La mobilité interrégionale des clientèles devrait être vue, selon eux, comme un argument justifiant d'allouer davantage de ressources aux établissements qui, en plus de desservir les clientèles provenant de leur propre région, ont une propension à prendre en charge ou à desservir les clientèles provenant d'autres régions, point de vue que ne partage pas du tout les membres du comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits ». De l'avis de ces derniers, il faut d'abord voir ces flux de clientèles, non pas comme un argument ou un prétexte justifiant l'octroi de moyens plus importants aux établissements qui importent des clientèles de l'extérieur (et qui produisent à meilleur coût les services ainsi dispensés), mais comme le reflet, voire le produit, des disparités dans la répartition interrégionale des ressources, par rapport aux populations régionales à desservir³¹⁹.

Les membres du comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits » ont clairement démontré que les profils régionaux de consommation des services sont déterminés essentiellement par deux

³¹⁸ *Ibid.*, p. 8.

³¹⁹ Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). *op.cit.* p. 36.

facteurs: l'état de santé et de bien-être des populations régionales et l'offre de services disponibles dans chacune de ces régions. Le niveau de services offerts par les centres de responsabilité d'une région est l'un des deux principaux facteurs qui déterminent, en première instance, les niveaux d'utilisation des services offerts (la consommation) et la propension des usagers (les clientèles) de cette région à se déplacer vers d'autres régions (la mobilité)³²⁰. Dans ces circonstances, allouer davantage de ressources aux centres de responsabilité situés dans les régions importatrices de clientèles ne ferait qu'amplifier les disparités dans la répartition interrégionale des ressources et augmenter la mobilité interrégionale des clientèles. Ce sont les normes d'allocation et de répartition des ressources qui contribuent ainsi à amplifier les disparités entre les régions³²¹.

³²⁰ Ibid., 10-11; Côté, Charles; Larouche, Daniel; Ansari, Abderrahim; et al. (Comité de réflexion sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean). op.cit. pp. 7-15.

³²¹ Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). op.cit. pp. 11 et 36.

CONCLUSION

Le but général de ce mémoire visait à faire connaître, dans les milieux académiques et régionaux, un nouveau courant d'analyse qui a émergé au Saguenay-Lac-Saint-Jean au cours des dernières années. Il s'agissait de mettre en évidence l'intérêt et l'utilité de données disponibles jusque là peu considérées et basées sur des données quantitatives et des analyses statistiques élaborées dans le cadre d'études opérationnelles du domaine de la santé et des services sociaux. Certaines de ces réflexions furent produites en concertation avec des milieux non gouvernementaux, universitaires et syndicaux. Non seulement ces réflexions devaient permettre de comprendre et d'expliquer dans leur complexité les problématiques socio-économiques et sociosanitaires des populations régionales, elles devaient également contribuer à la démocratisation des processus décisionnels régionaux et nationaux dans une des missions fondamentales de l'État québécois. En outre, ces méthodes ont récemment été utilisées avantageusement dans l'élucidation des processus d'allocation des ressources en enseignement supérieur. Des travaux actuellement en cours, à l'Université du Québec à Chicoutimi, ont permis d'intégrer des éléments de cette doctrine évaluative dans la planification stratégique de l'Université.

Au départ, nous avions trois objectifs. Le premier de ces objectifs consistait à évaluer les disparités entre les régions au plan de la répartition des ressources entre les centres de responsabilité. Par rapport à cet objectif, nos analyses ont clairement démontré l'existence d'écart importants entre les niveaux de financement et de dépenses per capita des régions sociosanitaires au Québec. En effet, les écarts observés entre le pourcentage des ressources financières disponibles dans chaque région du Québec et le prorata de la population du Québec qui habite dans chacune de ces régions ont permis de mesurer l'importance des manques à gagner ou des surplus financiers en découlant. De ce fait, il devient évident que la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires au Québec n'est pas équitable.

Le deuxième objectif consistait à identifier les causes de ces disparités. Or, il a été démontré que ces disparités mettent en cause le caractère fortement centralisé du système, le mode de

financement basé sur une approche par « programme-clientèle », les écarts entre les indicateurs de besoins du MSSS et les besoins réels des populations régionales et l'aspect pervers des méthodes utilisées pour répartir les ressources entre les régions. Ainsi, contrairement aux discours sur la décentralisation, l'allocation des ressources socio-sanitaires demeure un processus fortement centralisé. En effet, rien n'indique, pour le moment, le début d'une décentralisation complète et entière du système, impliquant des niveaux locaux et régionaux de décision, tant au plan des priorités que du financement, ainsi qu'une redistribution équitable des ressources entre les différentes parties du territoire québécois. Ce système ne correspond pas non plus à notre interprétation de ce que devrait être un régime démocratique où les députés seraient directement imputables devant les citoyens qui les ont élus. Dans le système actuellement en vigueur, la répartition des crédits destinés au financement des centres de responsabilités, qui devrait normalement relever de l'Assemblée Nationale, se retrouve entre les mains des appareils centraux du Gouvernement que sont le Conseil du Trésor, le Ministère des Finances et le MSSS. Le système consacre, en réalité, la dépendance du niveau décisionnel à l'égard des paliers exécutifs et administratifs de l'État, qui dictent à l'Assemblée Nationale où, quand et comment elle doit dépenser les fonds publics dont elle dispose. Ce sont donc des fonctionnaires qui déterminent, à eux seuls, la répartition des dépenses du Gouvernement.

Le troisième objectif visait à évaluer les conséquences de ces disparités. Pour ce faire, ces dernières ont été divisées en deux catégories d'impacts. La première catégorie regroupait les impacts qui affectent l'ensemble des populations et des citoyens qu'elles regroupent, qu'ils utilisent ou non les services offerts. Les conséquences démographiques, économiques et sociales de ces disparités ont alors été évaluées en rapport avec la capacité de développement des régions et l'état de santé et de bien-être de leur population respective. Cela a permis de mettre en évidence la relation directe qui existe entre le faible niveau de ressources socio-sanitaires disponibles dans un territoire, le niveau plus élevé de sans emploi et les pertes migratoires répétitives, principalement chez les jeunes adultes en quête d'un

emploi et en âge de se reproduire et de fonder une famille, mettant ainsi en péril l'avenir même de cette population. En effet, si les dépenses gouvernementales représentent, bon an mal an, plus de la moitié du PIB québécois, jouant ainsi un rôle exceptionnel dans l'activité économique du Québec, il a été démontré que l'ensemble des dépenses consacrées aux services de santé et aux services sociaux représente environ le tiers du budget total du Gouvernement du Québec, et que tous ces dollars se traduisent par des masses salariales et des volumes d'emplois directs et indirects importants, le secteur de la santé et des services sociaux étant l'un des plus gros employeurs au Québec. Par conséquent, les disparités dans la répartition interrégionale des ressources sociosanitaires entraînent nécessairement une augmentation des écarts interrégionaux entre les niveaux d'emploi, provoquant ainsi un mouvement d'exode principalement chez les jeunes adultes à la recherche d'un emploi. Ce mouvement d'exode entraîne ensuite une diminution des effectifs, le vieillissement accéléré de la population, la détérioration de l'état de santé et de bien-être de ceux qui restent et l'augmentation de la proportion des personnes dépendantes de l'État. Or, étant donné le poids que représentent les dépenses du Gouvernement dans l'économie québécoise, il paraît assez invraisemblable d'imaginer une répartition interrégionale des ressources allant à l'encontre de sa politique économique, visant à favoriser les investissements dans les grandes agglomérations, principalement dans la région métropolitaine de Montréal.

Il a été démontré, également, l'existence d'une relation directe entre une diminution progressive des effectifs démographiques dans une population et la réduction de son éligibilité à recevoir de l'argent public en général. Indépendamment du niveau de détérioration de l'état de santé et de bien-être de ceux qui restent, et de l'augmentation de la proportion de ceux qui dépendent de l'État pour subvenir à leurs besoins, les régions qui enregistrent des pertes démographiques répétitives, année après année, se voient, en effet, progressivement disqualifier en ce qui a trait à l'éligibilité à l'argent public en général, faute d'effectifs en quantité suffisante pour justifier un même niveau de dépenses et de services qu'auparavant. La concentration des ressources dans des régions distinctes se traduit donc,

dans les autres régions, par la concentration des attributs qui caractérisent leur état de sous-développement. À cet égard, il a été démontré qu'il y a une relation directe entre les attributs qui caractérisent l'état de détérioration sociale et de vulnérabilité économique d'une population et l'absence ou le niveau peu élevé de ressources sociosanitaires disponibles dans la région où cette population habite.

La deuxième catégorie d'impacts regroupait ceux qui affectent seulement, mais directement et en première instance, les utilisateurs de services, c'est-à-dire les clientèles ou, si l'on préfère, les bénéficiaires qui utilisent ou ont effectivement recours aux services offerts. Dans ce cas-ci, ce sont les conséquences des disparités sur la mobilité interrégionale des clientèles et les profils régionaux de consommation des services, qui ont été analysées. À cet égard, il a été démontré que ces disparités n'entraînent pas seulement un accroissement des écarts interrégionaux entre les niveaux d'emploi et des effets en découlant. À l'exode des jeunes et à la détérioration des conditions de vie, de santé et de bien-être de ceux qui restent, s'ajoutent des écarts interrégionaux importants au niveau des services offerts, entraînant des flux interrégionaux de clientèles qui, à leur tour, ont pour effet d'aggraver ces disparités, accentuant par le fait même les effets en découlant sur l'état de santé et de bien-être des populations affectées. Le niveau de ressources disponibles détermine donc le niveau de services offerts, les profils régionaux de consommation des services et la propension des clientèles à se déplacer vers d'autres régions. Par conséquent, ces flux de clientèles sont le résultat des disparités dans la répartition interrégionale des ressources.

De ces faits, trois constats ont été établis. Premièrement, ces inégalités vont à l'encontre des responsabilités confiées au système en matière d'équité et de développement social, en contrevenant aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipulant que les ressources doivent être réparties équitablement entre les régions, en fonction des populations à desservir, afin d'atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions. Elles

contreviennent ainsi directement à la finalité propre du système et à notre définition d'une redistribution juste et équitable des fonds publics entre les populations. Deuxièmement, l'état de santé et de bien-être des populations ne fait manifestement pas partie des facteurs sur lesquels se base la répartition interrégionale des ressources. Dans la mesure où cette répartition ne correspond pas à celle des besoins exprimés par les populations régionales, on ne peut pas espérer atteindre les objectifs fixés par le législateur en matière de développement social et d'équité interrégionale. En effet, dans la mesure où ces disparités entraînent une détérioration progressive des conditions de vie indispensables à l'intégration sociale et fonctionnelle des populations dans les territoires exclus de tels investissements ou particulièrement défavorisés sur ce plan, on peut dire que le système ne remplit pas sa mission sociale. Troisièmement, le système sociosanitaire québécois ne correspond pas à ce que l'on entend par une véritable politique sociale, mais ressemble plutôt à un système de soins destinés à corriger des dysfonctionnements individuels. À vrai dire, il semble qu'il n'y a jamais eu au Québec un ministère, une institution ou un organisme responsable d'une véritable politique sociale de la santé et du bien-être, s'adressant à l'ensemble de la population et non à des individus en particulier, de même qu'il n'y a jamais eu une quelconque instance s'occupant spécifiquement d'une répartition équilibrée des fonds publics entre les régions.

De ce fait, nous avons le choix entre deux options. La première consiste tout simplement à laisser les choses comme elles sont, ce qui équivaut à laisser la situation actuelle continuer à se détériorer. La deuxième consiste à agir au plus vite afin de mettre en application des mécanismes qui auront pour effet de corriger la situation en rétablissant l'équilibre entre les régions au niveau de la disponibilité des emplois et des ressources. Si l'on opte pour la deuxième solution, il devient absolument nécessaire de repenser un nouveau mode de répartition des ressources entre les régions. À cet égard, un groupe de citoyens, membres du « Mouvement ICI, Saguenay-Lac-Saint-Jean », ainsi que les experts Charles Côté et Daniel Larouche, du service des études opérationnelles de la RSSS-02, travaillent, depuis

quelques années déjà, à une solution au problème. Ils proposent une nouvelle façon de répartir les ressources qui tiendrait compte de la situation socio-économique des régions. La démarche qu'ils proposent se présente en deux volets. Le premier implique une nouvelle méthode de répartition interrégionale des fonds publics basée sur le taux d'inoccupation observé dans chacune des régions du Québec. Le deuxième s'appuie sur une stratégie reposant sur une décentralisation complète et entière du système, sans laquelle cette nouvelle formule de redistribution des fonds publics entre les régions ne saurait être appliquée.

Le premier volet de cette démarche repose sur deux postulats. Le premier de ces postulats veut que la répartition des ressources entre les régions, dans un secteur comme celui de la santé et des services sociaux, n'aurait jamais dû se faire en fonction de critères basés uniquement sur les besoins des clientèles, comme le fait actuellement le MSSS en utilisant un indicateur global pondéré à partir des indicateurs de besoin conçus pour chacun de ses programmes. Elle aurait dû se faire, dès le départ, en fonction des populations et de leurs caractéristiques sociosanitaires, comme le stipule la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Le deuxième postulat, découlant du premier, veut qu'étant donné les ravages causés par vingt-cinq ans de répartition inégalitaire des ressources sociosanitaires sur la structure, le volume et la taille des populations régionales, il ne saurait être question de promouvoir un mode de répartition des fonds publics basé uniquement sur le prorata de la population du Québec que regroupe chacune des régions sociosanitaires au Québec. Un mode d'allocation des ressources basé sur ce seul critère aurait inévitablement pour effet d'aggraver la situation dans les régions qui perdent des effectifs démographiques de façon répétée et qui voient leur poids démographique diminuer progressivement.

Cette nouvelle façon de répartir les ressources doit donc se faire en fonction d'un indicateur et d'une méthode qui auront pour effet de réparer les dégâts causés depuis vingt-cinq ans par la répartition inégalitaire des fonds publics entre les régions. Or, les analyses réalisées à cette fin, par le service des études opérationnelles de la RSSS-02, indiquent que le taux

d'inoccupation est le meilleur indicateur, pour le moment, que l'on puisse utiliser pour répartir équitablement les ressources entre les régions et rétablir l'équilibre entre les niveaux d'emploi³²². Cet indicateur, selon Charles Côté et Daniel Larouche, apparaît comme la mesure la plus appropriée pour pondérer cette répartition des ressources entre les régions parce qu'il synthétise la situation socioéconomique d'une population. Il permet de mesurer les impacts démographiques, économiques et sociaux des disparités dans la répartition interrégionale des ressources et des emplois en découlant, et d'établir un lien direct entre l'emploi, les masses salariales et les dépenses gouvernementales dans l'ensemble des secteurs public et para-public au Québec³²³. L'ICIS, rappelons-le, a reconnu qu'il s'agissait d'une mesure pertinente de la vulnérabilité économique des personnes de 15 ans et plus, dans la mesure où elles ne tirent aucun revenu d'emploi et de ce fait dépendent d'un tiers ou de l'État pour l'acquisition de biens essentiels. On peut donc le considérer, selon l'ICIS, comme un bon indicateur du niveau de développement social et économique d'une population³²⁴.

Ainsi, en mesurant le niveau de sans emploi et de dépendance socio-économique de la population d'une région envers l'État ou un tiers, pour l'acquisition des biens et des services de première nécessité répondant à ses besoins essentiels, le taux d'inoccupation devient, selon Charles Côté et Daniel Larouche, un instrument permettant d'agir directement sur les mécanismes qui engendrent les flux démographiques interrégionaux et, par conséquent, sur le principal déterminant de la concentration des attributs du sous-développement dans plusieurs régions du Québec: les disparités relatives d'emploi entre les régions. Une répartition des ressources basée sur cet indicateur permettrait donc, selon eux, d'intervenir

³²² Côté, Charles; Larouche, Daniel; Boudreault, Marc; et al. Pour une répartition équitable, efficace et efficiente des fonds publics entre les collectivités: Présentation au comité d'experts universitaires sur l'allocation des ressources en santé et en services sociaux. Chicoutimi, Service des études opérationnelles, Direction générale adjointe à l'administration, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Octobre 1995. 40 pages.

³²³ Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. p. 11.

³²⁴ Chevalier, Serge; Choinière, Robert; Ferland, Marc; et al. (Groupe de travail pour les systèmes d'information sur la santé communautaire). op.cit. p. 80.

sur les causes directes des inégalités interrégionales dans la répartition des emplois directs et indirects en découlant, contrairement à la situation actuelle où, comme c'est le cas dans le secteur de la santé et des services sociaux, c'est la consommation des services - réelle ou anticipée à partir des indicateurs de besoin élaborés par le MSSS pour chacun de ses « programmes-clientèles » - qui sert de critère à la redistribution des ressources entre les régions³²⁵.

Puisque la situation socio-économique d'une population est le principal déterminant de l'état de santé et de bien-être des citoyens qui en font partie, le taux d'inoccupation devrait également permettre de mesurer le niveau réel de besoins sociosanitaires de cette population et de prévoir les profils de consommation des services de cette même population. À cet égard, le service des études opérationnelles de la RSSSS-02 a mené, au cours des derniers mois, des études qui ont permis de valider la relation directe qui existe entre le taux d'inoccupation dans une région ou un territoire quelconque et le profil de consommation des services sociosanitaires par la population de cette région ou de ce territoire. Ces études ont également mis en évidence la valeur de cet indicateur comme prédicteur des besoins futurs d'une population en services de santé et en services sociaux³²⁶.

Cette nouvelle façon de répartir les ressources devra également dépasser l'approche typiquement sectorielle qui prévaut généralement au sein de l'appareil d'État, c'est-à-dire qu'il ne faudrait pas se limiter au secteur de la santé et des services sociaux, même si celui-ci représente environ le tiers de ses dépenses. En effet, une condition sine qua non de la réussite du nouveau mode proposé pour répartir les ressources entre les régions implique qu'il doit être utilisé pour redistribuer l'ensemble des fonds publics et pas seulement les dépenses consacrées aux services de santé et aux services sociaux. Pour y arriver, il serait judicieux de procéder par deux opérations distinctes et séquentielles: d'abord par une

³²⁵ Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. *op.cit.* p. 11.

³²⁶ Les résultats de ces études n'étaient pas encore publiés au moment de la rédaction de ce mémoire.

répartition de l'ensemble des fonds publics par région, sur la base du taux d'inoccupation et, ensuite seulement, par une répartition et une ventilation de ces crédits par secteur et par programme³²⁷.

Le deuxième volet de la solution proposée, sans lequel nous ne pourrions même pas imaginer mettre en application la nouvelle méthode de répartition des fonds publics suggérée dans le premier volet, suppose une décentralisation complète et entière du système impliquant une distinction très nette entre les fonctions et les responsabilités des niveaux décisionnel, exécutif et administratif de l'appareil d'État. La réforme suppose en fait une réhabilitation des pouvoirs décisionnels de l'Assemblée Nationale, où siègent les députés élus par le peuple et représentant la population du comté où ils ont été élus, que ce soit en matière de financement et d'allocation des ressources ou en toute autre matière. Elle suppose également un partage de ces pouvoirs décisionnels et des ressources inhérentes à l'exercice de tels pouvoirs avec des instances locales et régionales.

Si nous voulons qu'une telle démarche aboutisse à quelque chose de concret, elle doit nécessairement et obligatoirement être assortie d'une stratégie respectant trois principes fondamentaux. Le premier de ces principes implique le partage des rôles en matière de politique économique. L'État devrait assurer, à l'intérieur de certaines limites, la fonction de réduire les inégalités économiques entre les différentes régions occupant le territoire. De son côté, le secteur privé devrait se charger des aspects relatifs à la croissance économique. Une judicieuse coordination entre les deux devrait permettre une croissance économique sans génération d'inégalités, condition sine qua non de la survie des régions, et répondre ainsi à notre définition du développement. Ce qui permettrait de revoir et de corriger la politique économique du Gouvernement du Québec en fonction d'une véritable politique sociale de développement, basée sur l'atténuation des disparités économiques et sociales entre les

³²⁷ Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. pp. 10-11 et Larouche, Daniel et Martin, Danielle. op.cit. p. 12.

différentes parties du territoire québécois. S'appuyant sur ce premier principe, le deuxième implique une séparation des fonctions gouvernementales entre celles qui relèvent de l'Assemblée Nationale, de redistribuer équitablement les fonds publics entre les régions, et celles qui relèvent du rôle du Gouvernement et de ses ministères à vocation sectorielle, de contrôler et de superviser la manière de dépenser les fonds publics préalablement redistribués de façon équitable entre les différentes régions, c'est-à-dire de répartir et de ventiler les dépenses par secteur et par programme. Cette redistribution équitable des fonds publics devrait également s'appliquer à l'intérieur même des régions, entre les différentes municipalités qui les composent. Selon ce principe, le pouvoir de faire des choix budgétaires, et donc des choix politiques, ne pourrait plus être délégué par l'Assemblée Nationale à l'exécutif du Gouvernement, c'est-à-dire aux organes centraux que sont le Conseil du Trésor et le Ministère des Finances, ni aux ministères sectoriels et à leurs fonctionnaires. Ce sont les députés siégeant à l'Assemblée Nationale, c'est-à-dire les représentants du peuple, qui auraient désormais la tâche de s'acquitter de cette responsabilité et ce, de la façon la plus équitable qui soit pour tout le monde, afin de protéger les intérêts fondamentaux des populations qu'ils représentent. Comme conséquence du deuxième principe, le troisième implique la séparation des différents ordres d'imputabilité qui prévalent dans les secteurs public et para-public québécois: l'imputabilité des députés devant les citoyens de leur comté pour tout aspect touchant directement ou indirectement leur développement démographique, économique et social, incluant les disparités sur l'état de santé et de bien-être de ces populations et sur les autres attributs indissociables d'une telle situation; l'imputabilité des services publics et para-publics devant les ministères sectoriels et les députés, pour toute question relative aux manières de dépenser les fonds publics préalablement redistribués équitablement entre les régions et l'imputabilité des ministères sectoriels devant l'Assemblée Nationale, pour toute question relative à l'application des critères portant sur la manière de dépenser les fonds publics aux niveaux local et régional.

À la limite, cette formule pourrait peut-être favoriser la résidence locale des détenteurs d'emplois publics et para-publics permanents et à temps complet dans leur région et leur municipalité d'origine. Elle serait peut-être même suffisante pour amorcer le processus qui, avec le temps, devrait rétablir l'équilibre entre les régions et relancer le développement de celles où se concentrent les attributs du sous-développement. Dans ce contexte, la survie des régions ne pourrait être assurée sans la mise en place d'un mécanisme institutionnalisé de déconcentration des fonds publics vers les régions et les municipalités, assorti d'un mécanisme de décentralisation des pouvoirs des élus appliqué à la manière de dépenser les fonds publics préalablement redistribués équitablement entre ces régions. De toute évidence, des recherches devraient être menées en ce sens sur la pertinence et la possibilité de mettre en pratique un système caractérisé par une décentralisation budgétaire vers les régions et les municipalités, assortie d'une décentralisation des pouvoirs de décision sur la manière de dépenser les fonds publics et d'une imputabilité de ces décisions devant les citoyens et les populations auxquelles ils appartiennent.

BIBLIOGRAPHIE

Alschuler, Lawrence Richard. Multinationals and maldevelopment: alternative development strategies in Argentina, the Ivory Coast and Korea. New-York, St. Martin's, 1988. 218 pages.

Alschuler, Lawrence Richard; Hollanda, Teodoro Buarque de; Gélinas, Jacques B. et Winberg, Alan. Développement agricole dépendant et mouvements paysans en Amérique Latine. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 1981. 218 pages.

Alonso, Myriam; Boudreault, Marc; Châteauneuf, Louise; Côté, Charles; Desbiens, Hubert; Larouche, Daniel; Lavoie, Nancy; Morency, Marc-André; Tétreault, Rosanne et Truchon, Martin (Mouvement Ici Saguenay-Lac-Saint-Jean). Autopsie des arguments d'économistes-équitologues contre le taux d'inoccupation comme critère de répartition des fonds publics en santé: rapport d'analyse du Mouvement Ici Saguenay-Lac-Saint-Jean. Chicoutimi, Mouvement Ici Saguenay-Lac-Saint-Jean, Avril 1996. 57 pages.

Amin, Samir. L'accumulation à l'échelle mondiale. Paris, Anthropos, 1988. 617 pages.

Amin, Samir. La déconnexion: pour sortir du système mondial. Paris, La Découverte, 1986. 333 pages.

Amin, Samir. La faillite du développement en Afrique et dans le Tiers-Monde: une analyse politique. Paris, L'Harmattan, 1989. 383 pages.

Amin, Samir. Le développement inégal: essai sur les formations sociales du capitalisme périphérique. Paris, Éditions du Minuit, 1973. 365 pages.

Amin, Samir. L'échange inégal et la loi de la valeur. Paris, Anthropos, 1988. 248 pages.

Amin, Samir. L'impérialisme et le développement inégal. Paris, Éditions du Minuit, 1976. 193 pages.

Bassand, Michel; Hainard, François et Schuler, Martin. Dynamique socioculturelle régionale. Lausanne, Presses polytechnique romandes, 1985. 107 pages.

Bélanger, Gérard. « Le financement centralisé et la décentralisation des décisions: une incompatibilité ? ». Dans **Lemieux, Vincent; Bergeron, Pierre; Bégin, Clermont et Bélanger, Gérard** (sous la direction de). Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux. Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1994. pp. 327-342.

Bergeron, Pierre. « La commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu ». Dans Recherches sociographiques. vol. XXXI, no. 3, 1990. pp. 359-380.

Bergeron, Pierre et Gagnon, France. « La prise en charge étatique de la santé au Québec ». Dans **Lemieux, Vincent; Bergeron, Pierre; Bégin, Clermont et Bélanger, Gérard** (sous la direction de). Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux. Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1994. pp. 9-33.

Bernier, Lorraine (sous la direction de) (**Comité provincial des départements de santé communautaire sur la connaissance et la surveillance de l'état de santé de la population**). Guide d'utilisation de 40 indicateurs sociosanitaires. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1992. 161 pages.

Bourgault, Jacques; Dion, stéphane et Gow, James Iain. « L'évolution du rôle des organismes centraux des gouvernements du Québec, 1960-1994 ». Dans **Gagnon, Alain-G.** (sous la direction de). Québec: État et société. Montréal, Éditions Québec/Amérique, 1994. pp. 219-241.

Brunet, Jacques; Guindon, Michèle; Cormier, Yvonne; Sénéchal, Marcel; et al. Rapport du comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC. (Rapport Brunet). Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987. 92 pages.

Cardoso, Fernando Henrique et Faletto, Enzo. Dépendance et développement en Amérique Latine. Paris, Presses Universitaires de France, 1978. 222 pages.

Cardoso, Fernando Henrique; Kurth, James; Kaufman, Robert; Hirschman, Albert; et al. The new authoritarianism in Latin America. Princeton, Princeton University Press, 1979. 456 pages.

Castonguay, Claude; Nepveu, Gérard; Bouchard, Louis-Philippe; De la Chevrotière, Jacques; Dyson, William A.; et al. (**Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social**). Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Vol. IV: La santé. Tome 2: Le régime de santé. (Rapport Castonguay-Nepveu). Québec, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1970.

Castonguay, Claude; Nepveu, Gérard; Bouchard, Louis-Philippe; De la Chevrotière, Jacques; Dyson, William A.; et al. (**Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social**). Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Vol. IV: La santé. Tome 3: Le régime de santé (suite). (Rapport Castonguay-Nepveu). Québec, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1970. 198 pages.

Chevalier, Serge; Choinière, Robert; Ferland, Marc; et al. (**Groupe de travail pour les systèmes d'information sur la santé communautaire**). Indicateurs sociosanitaires: définitions et interprétations. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, Juin 1995. 230 pages.

Claval, Paul. « La notion de région ». Dans **Paelinck, Jean H.P. et Sallez, Alain.** Espace et localisation. Paris, Economica, 1983. pp. 53-72.

Claval, Paul. « La région: concept géographique, économique et culturel ». Dans Revue internationale des sciences sociales. (numéro spécial sur la science régionale). vol. 39, no. 112, 1987. pp. 179-192.

Conseil des Affaires sociales. Deux Québec dans un: Rapport sur le développement social et démographique. Québec, Conseil des Affaires sociales, 1989. 124 pages.

Conseil du Trésor et Ministère des Finances. Les finances publiques du Québec: vivre selon nos moyens. Québec, Conseil du Trésor et Ministère des Finances, 1993.

Côté, Charles. Désintégration des régions: Le sous-développement durable au Québec. Chicoutimi, Éditions JCL, 1991. 261 pages.

Côté, Charles. Évaluation des politiques et des programmes du ministère des affaires sociales - constats généraux. (document 6). Québec, Ministère des Affaires sociales, 1980.

Côté, Charles. Pour une politique d'intervention du ministère des affaires sociales en milieu rural. (document de travail). Québec, Service des études opérationnelles, Direction générale de la planification, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Juin 1981.

Côté, Charles. Répartition des ressources socio-sanitaires: impact sur les variables socio-sanitaires et sur la migration. (document de travail). Québec, Service des études opérationnelles, Direction générale de la planification, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Février 1982. 54 pages.

Côté, Charles et Barriault, Claude. Les disparités entre les populations en besoin et la répartition géographique des ressources disponibles. (annexe thématique du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux). Québec, Conseil des Affaires sociales et de la Famille, Conseil régional de la Santé et des Services sociaux de l'Outaouais, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Juin 1987. 287 pages.

Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). Rapport d'analyse du « bilan-lits ». (document de travail). Chicoutimi, Direction de la planification, Conseil régional de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Juin 1992. 46 pages.

Côté, Charles; Girard, Claude; Morency, Marc-André; Vaillancourt, Bernard; et al. (Comité d'étude et d'analyse du « bilan-lits »). Annexes du rapport d'analyse du « bilan-

lits ». (document de travail). Chicoutimi, Direction de la planification, Conseil régional de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Juin 1992. 218 pages.

Côté, Charles; Larouche, Daniel; Ansari, Abderrahim; et al. (Comité de réflexion sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean). Réflexion sur le « bilan-dollars » du Saguenay-Lac-Saint-Jean. (document de travail). Chicoutimi, Direction des priorités et de l'évaluation, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Novembre 1993. 29 pages.

Côté, Charles; Larouche, Daniel; Boudreault, Marc et Martin, Danielle. L'évolution des services de santé et des services sociaux: Les tendances régionales actuelles. (document de travail). Chicoutimi, Service des études opérationnelles, Direction générale adjointe à l'administration, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mars 1995. 19 pages.

Côté, Charles; Larouche, Daniel; Boudreault, Marc et Martin, Danielle. Validation de la relation entre le niveau de dépenses en santé physique et les balances commerciales à l'échelle intrarégionale. (document de travail). Chicoutimi, Service des études opérationnelles, Direction générale adjointe à l'administration, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Novembre 1994. 31 pages.

Côté, Charles; Larouche, Daniel; Boudreault, Marc; Savard, Huguette; Martin, Danielle; Perron, Hélène et Thériault, Johanne. Pour une répartition équitable, efficace et efficiente des fonds publics entre les collectivités: Présentation au comité d'experts universitaires sur l'allocation des ressources en santé et en services sociaux au Québec. Chicoutimi, Service des études opérationnelles, Direction générale adjointe à l'administration, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Octobre 1995. 40 pages.

Côté, Charles; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. Fondements et principes de la répartition des fonds publics entre les collectivités: Le cas des dépenses en santé et services sociaux. (document de travail). Chicoutimi, Service des études opérationnelles, Direction générale adjointe à l'administration, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Décembre 1994. 11 pages.

Côté, Charles; Martin, Danielle; Rinfret, Andrée et Violette, Nicole. Validation du concept de « balance commerciale » comme mesure du déséquilibre entre l'offre et la demande de services en santé physique. (document de travail). Chicoutimi, Direction des priorités et de l'évaluation, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mai 1994. 18 pages.

Côté, Ronald; Beaupré, Michel; Haince, Sylvain; Lecours, Marc; St-Pierre, Marc-André; et al. Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale 1979-1980 à 1988-1989. Québec, Service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Septembre 1989. 41 pages.

Côté, Ronald; Beaupré, Michel; Lecours, Marc; Dillard, Sylvie; et al. Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale 1980-1981 à 1989-1990. Québec, Service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Décembre 1990. 68 pages.

Côté, Ronald; Beaupré, Michel; Lecours, Marc; Rhéault, Sylvie; et al. Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale 1981-1982 à 1990-1991. Québec, Service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Mai 1992. 65 pages.

Côté, Serge et Lévesques, Benoît. « L'envers de la médaille: le sous-développement régional ». Dans Interventions Économiques: pour une alternative sociale. (numéro spécial sur la question régionale). no. 8, printemps 1982. pp. 54-78.

DesRochers, Gilles. Financement et budgétisation des hôpitaux. (synthèse critique no. 30: annexe du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux). Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1987. 69 pages.

Duchesne, Louis et Dionne, Claude. Prévisions de la population et des ménages des M.R.C.: 1986-2006. Québec, Direction des statistiques sur la population et les ménages, Bureau de la Statistique du Québec, 1990. 453 pages.

Dugas, Clermont. « Le sous-développement régional ». Dans **Dumont, Fernand; Langlois, Simon et Martin, Yves (sous la direction de)**. Traité des problèmes sociaux. Montréal, Institut québécois de recherche sur la culture, 1994. pp. 103-126.

Dugas, Clermont. Les régions périphériques: défi au développement du Québec. Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1983. 253 pages.

Dussault, Gilles. « Les producteurs de services sociosanitaires ». Dans **Lemieux, Vincent; Bergeron, Pierre; Bégin, Clermont et Bélanger, Gérard (sous la direction de)**. Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux. Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1994. pp. 193-212.

Dussault, Gilles; Contandriopoulos, André-Pierre; Fournier, Marc-André et Bilodeau, Henriette (Lavoie, Danielle et Leduc, Murielle, avec la collaboration de) (Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal). La main-d'oeuvre sociosanitaire au Québec. (annexe thématique au rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux). Québec, Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Septembre 1987. 467 pages.

Emmanuel, Arghiri. L'échange inégal: essai sur les antagonismes dans les rapports économiques internationaux. Paris, Éditions François Maspero, 1969. 422 pages.

Ferland, Marc et Paquet, Ginette. « L'influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien-être ». Dans **Lemieux, Vincent; Bergeron, Pierre; Bégin, Clermont et Bélanger, Gérard (sous la direction de). Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux. Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1994. pp. 53-72.**

Gagnon, Reynald; Bastien, Richard; Beaupré-Bériaux, Michèle; Busilacchi, Robert; et al. (Comité tripartite: Association des hôpitaux du Québec - Conférence des Régies régionales de la Santé et des Services sociaux du Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux). L'équité dans l'allocation interrégionale des ressources du champ de la santé physique. (Rapport final du comité tripartite). Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Octobre 1994. 111 pages.

Gunder-Frank, André. Le développement du sous-développement: l'Amérique Latine. Paris, Maspero, 1972. 399 pages.

Haince, Sylvain; Mecteau, Marcel et Blondeau, Michel. La population du Québec selon le recensement canadien de 1986 par groupe d'âge quinquennal et par sexe selon les territoires de CLSC, DSC et RSS. Québec, Service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988. 397 pages.

Haince, Sylvain. Perspectives démographiques par CLSC, DSC et RSS, Québec, 1986 à 2016, scénario moyen. Québec, Service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990. 518 pages.

Haince, Sylvain; Blondeau, Michel; Mecteau, Marcel; Thibeault, Normand; et al. Perspectives démographiques par région socio-sanitaire, Québec, 1986 à 2061, scénario moyen. Québec, Service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990. 446 pages.

Haince, Sylvain. Répartition de la population du Québec de 1971, 1976 et 1981 par groupes d'âge quinquenaux et par sexe, selon les territoires. de CLSC, DSC et RSS. Québec, Service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1985. 149 pages.

Haince, Sylvain; Pelletier, Gilles; Blondeau, Michel; Mecteau, Marcel; St-Pierre, Marc-André; et al. La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RSS (version 18 régions) pour la période 1981 à 2006. Québec, Service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992. 448 pages.

Harvey, Julien; Paiement, Guy; Barriault, Claude et Côté, Charles. « Le Québec cassé en deux ». (dossier). dans Relations. no. 545, Novembre 1988, pp. 263-276.

Higgins, Benjamin; Martin, Fernand et Raynauld, André. Les orientations du développement économique régional dans la province de Québec. Ottawa, Ministère de l'Expansion économique régionale, Février 1970. 152 pages.

Lacroix, Diane; Martin, Pierre; Roy, Yvonnick; Côté, Ronald; et al. Statistiques annuelles 1991. Québec, Service des statistiques et direction des systèmes, Régie de l'Assurance-maladie du Québec, 1992. 302 pages.

Larouche, Daniel; Côté, Charles; Boudreault, Marc; Savard, Huguette et Perron, Hélène. L'allocation des ressources de santé et de services sociaux: l'utilisation du taux d'inoccupation. (document de travail). Chicoutimi, Service des études opérationnelles, Direction générale adjointe à l'administration, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Novembre 1995. 23 pages.

Larouche, Daniel et Martin, Danielle. La base de la répartition des ressources dans le domaine de la santé et des services sociaux. (document de travail). Chicoutimi, Service des études opérationnelles, Direction générale adjointe à l'administration, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Décembre 1994. 14 pages.

Lipietz, Alain. Mirages et miracles: problèmes de l'industrialisation dans le Tiers-Monde. Paris, La Découverte, 1985. 188 pages.

Mandeville, Jocelyne; Savage, Denis; Duclos, Bertrand; Grenier, Gilles et Gauld, Gregg (Materazzi, Franco, sous la coordination de) (Groupe de travail de l'instance territoriale Grande-Rivière/Hull). Rapport du groupe de travail sur l'utilisation d'un indice d'équité pour la réallocation de fonds publics par la RSSSO: proposition d'un indice basé sur les programmes. Hull, Instance territoriale Grande-Rivière/Hull des établissements

et des organismes pour la coordination des services sociaux et de santé, avril 1996. 61 pages.

Martin, Nicole; Boulet, Francine; Dahmen, Georges; Léonard, Julie; Pigeon, Jacques; et al. Cadre de référence pour l'adaptation des ressources aux priorités: Plan de développement des ressources en santé, première partie. Québec, Service du développement des ressources, Direction de la planification des services de santé, Direction de la recherche et statistique, Direction générale de la planification, Ministère des Affaires sociales, 1976. 89 pages.

Martin, Nicole; Boulet, Francine; Dahmen, Georges; Léonard, Julie; Pigeon, Jacques; et al. Dossier régional de planification santé: Plan de développement des ressources en santé, deuxième partie. (en douze volumes). Québec, Service du développement des ressources, Direction de la planification des services de santé, Direction de la recherche et statistique, Direction générale de la planification, Ministère des Affaires sociales, 1977.

Martin, Nicole; Boulet, Francine; Dahmen, Georges; Léonard, Julie; Pigeon, Jacques; et al. La planification des ressources hospitalières au Québec 1977-1986. Québec, Service du développement des ressources, Direction de la planification des services de santé, Direction de la recherche et statistique, Direction générale de la planification, Ministère des Affaires sociales, 1978. 75 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec: orientations. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989. 147 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les services de santé et les services sociaux au Québec: Un financement équitable à la mesure de nos moyens. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991. 128 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Une réforme axée sur le citoyen. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990. 95 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Une réforme axée sur le citoyen: Plan d'implantation. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990. 33 pages.

Ministère des Finances. Rapport financier 1994-1995. Québec, Ministère des Finances, 1995. 79 pages.

Office de Planification et de Développement du Québec. L'aménagement du territoire et le développement économique: Les orientations du développement du Québec. (document

de travail interne - 1 ière version). Québec, Direction générale de la planification, Office de Planification et de Développement du Québec, 1973. 174 pages.

Office des professions du Québec. Rapport annuel: 1994-1995. Québec, Office des professions du Québec, 1995.

Office des professions du Québec. Rapport annuel: 1991-1992. Québec, Office des professions du Québec, 1992.

Pampalon, Robert; Berthiaume, Nicole; Ferland, Pierre; Saucier, Alain; et al. (Groupe technique sur les indicateurs de besoins). Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources. Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Février 1995. 354 pages.

Pampalon, Robert; Nguyen, Hung; Francoeur, Danièle; et al. (Groupe technique sur les indicateurs de besoins). Cadre de référence et stratégie d'élaboration d'indicateurs de besoins pour l'allocation régionale des ressources. Québec, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Septembre 1990. 71 pages.

Pampalon, Robert; Raymond, Guy; Beaudry, Daniel et Gauthier, Daniel. La santé à la carte: une exploration géographique de l'enquête santé Québec. Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990. 60 pages.

Pampalon, Robert; Raymond, Guy; Beaudry, Daniel et Gauthier, Daniel. « Les variations géographiques de la santé au Québec: une analyse de l'enquête santé Québec par aire homogène ». Dans Les cahiers de géographie du Québec. vol. 34, no. 92, Septembre 1990, pp. 137-160.

Parizeau, Jacques; Caron, Laurent; Desautels, Denis; Hogue, Jean-Pierre; et al. Rapport de la commission d'étude sur les municipalités. (Rapport Parizeau). Montréal, Union des municipalités du Québec, 1986. 292 pages.

Pelletier, Gilles; Blondeau, Michel; Mecteau, Marcel; Thibeault, Normand; et al. La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RSS, pour la période 1981 à 2016. Québec, Service de l'analyse statistique, Service du développement d'indicateurs, Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Février 1996. 224 pages.

Piché, Jacques. Indicateurs de besoins de services en santé physique: morbidité, mortalité et conditions socio-économiques: revue de la littérature et analyse empirique. (document d'appui au rapport du comité tripartite: Association des hôpitaux du Québec - Conférence des Régies régionales de la Santé et des Services sociaux du Québec - Ministère de la Santé et des Services sociaux). Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Avril 1995. 80 pages.

Poche, Bernard. « La région comme espace de référence identitaire ». Dans Espaces et Sociétés: revue critique internationale de l'aménagement de l'architecture et de l'urbanisation. (numéro sur l'identité régionale). no. 42, Janvier-Juin 1983. pp. 3-12.

Provencher, Gérard; Poulin, Jocelyn; et al. (Gingras, Pierre, sous la supervision de). Statistiques sur le personnel de la santé et des services sociaux par catégorie d'établissements et par catégorie d'emploi: 1992-1993. Québec, Service de recherche et analyse - Personnel du réseau, Direction du soutien professionnel et de la rémunération, Direction générale des relations de travail, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994. 339 pages.

Provencher, Gérard; Poulin, Jocelyn; et al. (Gingras, Pierre, sous la supervision de). Statistiques sur les cadres de la santé et des services: 1992-1993. Québec, Service de recherche et analyse - Personnel du réseau, Direction du soutien professionnel et de la rémunération, Direction générale des relations de travail, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994. 365 pages.

Renaud, Marc. « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État narcissique ». Dans Keating, Peter et Keel, Othmar (sous la direction de). Santé et société au Québec: XIX ième-XX ième siècle. Montréal, Les Éditions du Boréal, 1995. pp. 189-217.

Rick, Charles. « La région, espace institutionnel et espace d'identité ». Dans Espaces et Sociétés: revue critique internationale de l'aménagement de l'architecture et de l'urbanisation. (numéro sur la question régionale). no. 41, Juin-Décembre 1982. pp. 113-129.

Rochon, Jean; Gélineau, Guy; Barkun, Harvey; Bernatchez-Simard, Janine, et al. (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux). Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (Rapport Rochon). Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988. 803 pages.

Rochon, Madelaine. Impacts des changements démographiques sur l'évolution des dépenses publiques de santé et de services sociaux. Québec, Direction générale de la

planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Juillet 1994. 97 pages.

Savard, Michel; Ansari, Abderrahim; Larouche, Daniel et Martin, Danielle. Profil des populations du Saguenay-Lac-Saint-Jean: Profil démographique, profil socio-économique, profil des hospitalisations de courte durée. Chicoutimi, Service des études opérationnelles, Direction des priorités et de l'évaluation, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Novembre 1993. 94 pages.

Savard, Michel; Ansari, Abderrahim; Larouche, Daniel; Collard, Antonin; Côté, Charles; et al. Pour l'amélioration de la santé et du bien-être au Saguenay-Lac-Saint-Jean: État de la situation 1993. Chicoutimi, Service des études opérationnelles, Direction des priorités et de l'évaluation, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Janvier 1994. 153 pages.

St-Pierre, Marc-André; Haince, Sylvain; Bourdages, Jeanne; Choquette, Yves; et al. Statistiques MED-ECHO 1980-1981 à 1984-1985. Québec, Service des études opérationnelles, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1986. 212 pages.

St-Pierre, Marc-André; Beaupré, Michel; Bourdages, Jeanne; Chouinard, Marthe; et al. Statistiques MED-ECHO 1984-1985 à 1988-1989: hospitalisations pour les soins de courte durée au Québec. Québec, Service des études opérationnelles, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990. 187 pages.

St-Pierre, Marc-André; Beaupré, Michel; Bourdages, Jeanne; Hins, Nicole; et al. Statistiques MED-ECHO 1989-1990 à 1993-1994: les soins hospitaliers de courte durée au Québec. Service de l'analyse statistique, Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Service de l'infocentre, Direction des ressources informationnelles, Direction générale de l'administration et des immobilisations, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Novembre 1995. 165 pages.

St-Pierre, Marc-André; Beaupré, Michel; Blondeau, Michel; Côté, Ronald; Pelletier, Gilles; et al. Le système socio-sanitaire québécois en quelques chiffres. Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992. 102 pages.

St-Pierre, Marc-André; Grenier, Marc; Nadeau, Lorraine; Beaupré, Michel; et al. SÉRHUM: Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système socio-sanitaire québécois: Période 1980-1981 à 1988-1989. Québec, Service des

études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Novembre 1990. 63 pages.

St-Pierre, Marc-André; Beaupré, Michel; Houde, Yvan; Nadeau, Lorraine; et al. SÉRHUM: Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système socio-sanitaire québécois: Période 1982-1983 à 1992-1993. Québec, Service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Novembre 1994. 56 pages.

St-Pierre, Marc-André; Beaupré, Michel; Chouinard, Marthe; et al. SIFO: Système d'information financière et opérationnelle: Statistiques 1985-1986 à 1991-1992. Québec, Services des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Septembre 1993. 124 pages.

St-Pierre, Marc-André; Blondeau, Michel; Beaupré, Michel; Chouinard, Marthe; et al. SIFO: Système d'information financière et opérationnelle: Statistiques 1981-1982 à 1987-1988. Québec, Services des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990. 100 pages.

Thibault, Normand et Gauthier, Hervé. Perspectives démographiques du Québec et de ses régions: 1986-2046. Québec, Direction des statistiques sur la population et les ménages, Bureau de la Statistique du Québec, 1990. 397 pages.

Truchon, Martin (Côté, Charles, sous la supervision de). Évaluation des critères utilisés par le MSSS pour effectuer des prévisions démographiques sur une base régionale et locale: Rapport de stage. (document de travail). Chicoutimi, Direction générale de la planification, Conseil régional de la Santé et des Services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Octobre 1991. 30 pages.

Truchon, Martin (Claret, Henri; Klein, Juan-Luis et Morency, Marc-André, sous la direction de). Les inter-relations public/privé dans l'administration du territoire au Québec: Jalons pour une prospective comparée franco-québécoise. L'aménagement et le développement au Québec: vers une nouvelle logique ? (bloc II cahier 2). Chicoutimi, Groupe de recherche et d'intervention régionales, Département des sciences humaines, Université du Québec à Chicoutimi, Juin 1992. 141 pages.

Turgeon, Jean et Anctil, Hervé. « Le ministère et le réseau public ». Dans **Lemieux, Vincent; Bergeron, Pierre; Bégin, Clermont et Bélanger, Gérard** (sous la direction de). Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux. Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1994. pp. 79-106.

Villeneuve, Paul. « Disparités sociales et disparités régionales: l'exemple du Québec ». Dans Cahiers de géographie du Québec. vol. 21, no. 52, Avril 1977. pp. 19-32.

Villeneuve, Paul et Rouffignat, Joël. La déstructuration des milieux ruraux sur le territoire du Québec-version préliminaire. (document de consultation préparé pour le Secrétariat aux Affaires régionales du Gouvernement du Québec). Québec, Centre de recherche en aménagement et en développement, Université Laval, 1993. 95 pages.

ANNEXES

ANNEXE 1

Mesure de l'indice régional de besoins en santé physique

$$I_R = \left(\frac{\left(\frac{\sum \left[\frac{HQ_{ij} \cdot PR_{ij}}{PQ_{ij}} \right]}{\sum HQ_{ij}} \right) \cdot PQ}{PR} \right) \cdot ICM_R$$

où:

 I_R = Indice régional de besoins

HQ = Journées d'hospitalisation au Québec

PQ = Population du Québec

PR = Population régionale

ICM_R = Indice Comparatif de Mortalité régional

i = Groupe d'âge

j = Sexe

Par transformation, on obtient:

$$I_R = \left(\frac{\left(\frac{\sum \left[\frac{HQ_{ij} \cdot PR_{ij}}{PQ_{ij}} \right]}{\sum HQ_{ij}} \right)}{PR/PQ} \right) \cdot ICM_R$$

ou, en termes simples

$$I_R = \frac{\text{Proportion régionale attendue des journées d'hospitalisation au Québec} \cdot ICM}{\text{Proportion régionale de la population du Québec}}$$

Source: Pampalon, Robert; Saucier, Alain; Berthiaume, Nicole; Ferland, Pierre; et al. Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources. p. 63.

ANNEXE 2

Mesure de l'indice régional de besoins en santé mentale

La forme algébrique de la mesure est la suivante:

$$I_R = \left(\frac{\left(\frac{\sum \left[\frac{CQ_{ijk} \cdot PR_{ijk}}{PQ_{ijk}} \right]}{\sum CQ_{ijk}} \right) \cdot PQ}{PR} \right) \cdot ICSM_R$$

où:

I_R = Indice régional de besoins

CQ = Journées d'hospitalisation en courte durée psychiatrique au Québec

PQ = Population du Québec

PR = Population régionale

$ICSM_R$ = Indice comparatif de santé mentale régional (basé sur la proportion - standardisée selon l'âge, le sexe et l'état matrimonial - de personnes ayant au moins deux conditions sur trois de piété santé mentale).

i = Groupe d'âge

j = Sexe

k = Etat matrimonial

Par transformation, on obtient:

$$I_R = \left(\frac{\left(\frac{\sum \left[\frac{CQ_{ijk} \cdot PR_{ijk}}{PQ_{ijk}} \right]}{\sum CQ_{ijk}} \right)}{PR / PQ} \right) \cdot ICSM_R$$

ou, en termes simples

$$I_R = \frac{\text{Proportion régionale attendue des journées d'hospitalisation au Québec}}{\text{Proportion régionale de la population du Québec}} \cdot ICSM_R$$

ANNEXE 3

Mesure de l'indice régional de besoins en santé publique

La forme algébrique de la mesure est la suivante:

$$I_R = \frac{APVP-EV_R}{APVP-EV_Q}$$

où:

I_R = Indice régional de besoins.

$APVP-EV_R$ = Taux régional d'années potentielles de vie perdues pour causes de décès évitables par la prévention et la promotion de la santé.

$APVP-EV_Q$ = Taux québécois d'années potentielles de vie perdues pour causes de décès évitables par la prévention et la promotion de la santé.

Ces taux régionaux ou québécois se définissent comme suit:

$$APVP-EV = \frac{\sum D_i \cdot (75-AM_i)}{PoP}$$

où:

D = Nombre de décès.

i = Strate d'âge quinquennale.

75 = La limite supérieure d'âge choisie.

AM = Âge moyen de chaque strate d'âge.

Pop = Population de 0 à 74 ans.

ANNEXE 4

Mesure de l'indice régional de besoins pour les personnes âgées en perte d'autonomie

La forme algébrique de l'indice est la suivante:

$$I_R = \frac{\frac{\sum PR_{ijmp} \cdot INC_{ijmp}}{PR}}{\frac{PIQ}{PQ}}$$

où

I_R = Indice régional de besoins

PR = Population régionale

PQ = Population du Québec

PIQ = Population du Québec ayant une incapacité modérée ou grave

INC = Taux d'incapacité

i = Groupe d'âge

j = Sexe

m = Milieu de vie - (domicile, logement collectif, institution)

p = Faible revenu (ne s'applique qu'à la population vivant à domicile)

La population régionale de 1991 est estimée à partir de la répartition observée en 1986 de la façon suivante:

$$PReSUBijmp = PR_{ij} \cdot MIL_{ijmp} \cdot PAU_{ijmp}$$

où

MIL = la proportion du groupe en fonction du milieu m (domicile, logement collectif, institution)

PAU = la proportion du groupe en fonction du fait que ces personnes se retrouvent ou non dans un ménage à faible revenu

Par transformation on obtient:

$$I_R = \frac{\frac{\sum PR_{ijmp} \cdot INC_{ijmp}}{PIQ}}{\frac{PR}{PQ}}$$

ou, en termes simples, c'est le rapport entre:

- la proportion régionale des personnes âgées ayant une incapacité modérée ou grave
- et la proportion régionale des personnes âgées du Québec

Source: Pampalon, Robert; Saucier, Alain; Berthiaume, Nicole; Ferland, Pierre; et al. Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources. p. 165.

ANNEXE 5

Mesure de l'indice régional de besoins pour les personnes ayant une déficience physique

La forme algébrique de l'indice est la suivante:

$$I_R = 0,8 \times \left(\frac{\sum_{i=0}^{64} PR_{ijmp} \cdot INC_{ijmp}}{\frac{PR}{\frac{PIQ}{PQ}}} \right) + 0,2 \times \left(\frac{\sum_{i=65}^{\infty} PR_{ijmp} \cdot INC_{ijmp}}{\frac{PR}{\frac{PIQ}{PQ}}} \right)$$

où

I_R = Indice régional de besoins

PR = Population régionale du groupe d'âge concerné

PQ = Population du Québec du groupe d'âge concerné

PIQ = Population du Québec, du groupe d'âge concerné, ayant une incapacité modérée ou grave

INC = Taux d'incapacité grave et modérée

i = Groupe d'âge

j = Sexe

m = Milieu de vie (ménage, logement collectif, institution)

p = Niveau de revenu (ménage à faible revenu ou non)

La population régionale selon le milieu de vie et le niveau de pauvreté en 1991 est estimée par la relation suivante:

$$PR_{ijmp} = PR_i \cdot MIL_{ijmp} \cdot PAU_{ijmp}$$

où

MIL = la proportion du groupe en fonction du milieu «m» (domicile, logement collectif, institution) en 1986

PAU = la proportion du groupe en fonction du fait que ces personnes se retrouvent ou non dans un ménage à faible revenu en 1986

Source: Pampalon, Robert; Saucier, Alain; Berthiaume, Nicole; Ferland, Pierre; et al. Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources. p. 197.

ANNEXE 6

Mesure de l'indice régional de besoins pour les personnes déficientes intellectuelles

L'indice de besoins est obtenu en rapportant le taux estimé de prévalence global régional au taux québécois:

$$I_R = \frac{DEF_R}{DEF_Q}$$

où I_R = Indice régional de besoins
 DEF_R = Taux estimé de prévalence régional de la déficience intellectuelle
 DEF_Q = Taux estimé de prévalence québécois de la déficience intellectuelle

Ces taux estimés de prévalence globaux sont obtenus en appliquant aux populations selon l'âge et le sexe les taux de prévalence rapportés à l'échelle internationale (tableau 3):

$$DEF = \frac{\sum P_{ij} \cdot DEF_{ij}}{P}$$

où DEF = Taux de prévalence de la déficience intellectuelle
 P = Population
 i = Groupe d'âge
 j = sexe

Les taux de prévalence selon le groupe d'âge et le sexe ont été estimés à partir de taux par groupe d'âge auxquels on a appliqué le même ratio homme/femme. Ces taux ont été trouvés en résolvant le système suivant:

$$RHF = \frac{DEF_h}{DEF_f}$$

$$\frac{DEF_h}{DEF_f} = \frac{DEF + x}{DEF - x}$$

où RHF = Ratio homme/femme
 h = Hommes
 f = Femmes
 x = Écart

Source: Pampalon, Robert; Saucier, Alain; Berthiaume, Nicole; Ferland, Pierre; et al. Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources. p. 233.

ANNEXE 7

Mesure de l'indice régional de besoins pour le programme Enfance-Jeunesse-Famille

La forme algébrique de la mesure est la suivante:

$$I_R = \sum \left[\frac{S_R}{S_Q} \cdot \frac{C_R}{C_Q} \cdot \frac{G_R}{G_Q} \cdot \frac{D_R}{D_Q} \cdot \frac{A_R}{A_Q} \right] / 5$$

où:

I_R = Indice régional de besoins.

S_R = Taux régional de signalements reçus chez les jeunes de 0 à 17 ans.

S_Q = Taux québécois de signalements reçus chez les jeunes de 0 à 17 ans.

C_R = Taux régional de criminalité (infractions au code criminel) chez les jeunes de 12 à 17 ans.

C_Q = Taux québécois de criminalité (infractions au code criminel) chez les jeunes de 12 à 17 ans.

G_R = Taux régional de grossesses chez les adolescentes.

G_Q = Taux québécois de grossesses chez les adolescentes.

D_R = Taux régional de suicides chez les jeunes de 15 à 19 ans.

D_Q = Taux québécois de suicides chez les jeunes de 15 à 19 ans.

A_R = Taux régional d'abandon scolaire au niveau secondaire.

A_Q = Taux québécois d'abandon scolaire au niveau secondaire.

Ces taux sont des taux bruts et sont donc obtenus en reportant le nombre total d'événements (signalements, infractions, grossesses, suicides ou abandon scolaire) sur la population totale de jeunes correspondante. Par exemple, le taux régional de signalements reçus chez les jeunes de 0 à 17 ans se définit comme suit:

$$S_R = \frac{N_R}{Pop_R}$$

où:

N_R = Nombre régional de signalements reçus.

Pop_R = Population régionale des 0 à 17 ans.

ANNEXE 8

Mesure de l'indice régional de besoins en alcoolisme et autres toxicomanies

La forme algébrique de la mesure est la suivante:

$$I_R = \frac{ISC_R}{ISC_Q}$$

où:

I_R = Indice régional de besoins.

ISC_R = Indice synthétique régional de consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments psychotropes.

ISC_Q = Indice synthétique québécois de consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments psychotropes.

Ces indices synthétiques se définissent comme suit:

$$ISC_R = \frac{Pop ADM_R}{Pop R}$$

$Pop ADM_R$ = Population régionale de 15 ou plus faisant usage d'au moins une des trois formes de consommation suivantes: Alcool (14 consommations et plus par semaine), Drogues (une forme quelconque de drogues illégales au moins une fois dans l'année et cinq fois dans la vie) et Médicaments psychotropes (tranquillisants, sédatifs, somnifères ou stimulants dans les deux derniers jours).

Pop_R = Population régionale de 15 ans ou plus.

$$ISC_Q = \frac{Pop ADM_Q}{Pop_Q}$$

$Pop ADM_Q$ = Population québécoise de 15 ans ou plus faisant usage d'au moins une des trois formes de consommation décrites ci-haut.

Pop_Q = Population québécoise de 15 ans ou plus.