RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX

**DU SAGUENAY —
LAC-SAINT-JEAN**

LA MORBIDITÉ DES POPULATIONS RÉGIONALES ET SES DÉTERMINANTS SOCIAUX

Étude d'un fait social

Présenté par la Direction des ressources financières et matérielles,
Service des études opérationnelles

Réalisation : **Charles Côté (sociologue)**
Daniel Larouche (historien)

Régie régionale de la santé et des services sociaux
Saguenay–Lac-St-Jean

Mai 1999

Un document produit en version numérique
par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Dans le cadre de la collection: "Les classiques des sciences sociales"
Site web: http://www.uqac.uquebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web: http://bibliotheque.uqac.uquebec.ca/index.htm

Nous remercions infiniment la direction générale de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean de nous avoir donné l'autorisation de rendre disponible, en texte intégral les fichiers numériques de cette recherche toute récente de MM. Charles Côté (sociologue) et Daniel Larouche (historien).

La morbidité des populations régionales et ses déterminants sociaux.
Étude d'un fait social
Chicoutimi, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mai 1999, 194 pages

Polices de caractères utilisée : Times New Roman, 11 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2001 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format
LETTRE (US letter), 8.5'' x 11'')

Édition complétée le 5 janvier 2002 à Chicoutimi, Québec.

La Régie régionale de la santé et des services sociaux
du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Nous sommes infiniment reconnaissant à la Direction générale de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (RRSSS-02) de nous donner son autorisation de rendre disponible sur Internet, en format numérique, à l'intérieur de la bibliothèque virtuelle Les Classiques des sciences sociales, cette étude critique de MM Charles Côté (sociologue) et Daniel Larouche (historien), La morbidité des populations régionales et ses déterminants sociaux. Étude d'un fait social (mai 1999). Direction des ressources financières et matérielles. Service des études opérationnelles. Chicoutimi : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, mai 1999. 194 pages

TABLE DES MATIÈRES

Première partie : Consommation de services et morbidité des populations régionales
INTRODUCTION 5

1. L'IDENTIFICATION D'UN INDICATEUR VALIDE DU NIVEAU DE CONSOMMATION DES POPULATIONS RÉGIONALES, EN SANTÉ PHYSIQUE 11

1.1 Les populations et les données retenues 11
1.2 La validation d'un indicateur : préalable méthodologique 12
1.3 L'ampleur des écarts interrégionaux du niveau de consommation de services : la cohérence et la persistance des écarts, dans le temps 13
1.4 La comparaison de divers types d'indicateurs du niveau de consommation : bilan comparatif 15
1.5 Les indicateurs socio-économiques comparés entre eux 17
1.6 Une vérification plus approfondie de la relation entre le taux d'inoccupation et le niveau de recours aux services 23
1.6.1 L'analyse par groupes d'âge 23
1.6.2 Le TI et le niveau de consommation par regroupements diagnostiques 27
1.7 Que conclure sur les indicateurs du niveau de consommation de services des populations régionales? 29

2. L'EXPLICATION DU NIVEAU RÉGIONAL DE CONSOMMATION DE SERVICES : ÉLABORATION D'UN MODÈLE THÉORIQUE 31

2.1 Une présomption de lien causal 31
2.2 Le concept « d'état de santé des populations » 32
2.3 Comment le niveau de non-emploi des populations régionales peut-il expliquer leur niveau de consommation de services? 33
2.3.1 L'éclairage de la théorie des maladies multifactorielles sur les déterminants biologiques des maladies organiques 34
2.3.2 Les déterminants sociaux agissant sur les déclencheurs des maladies multifactorielles 37
2.3.3 La chaîne causale entre le niveau de non-emploi et la morbidité 38

2.4 Un second déterminant du niveau de consommation de services des populations régionales : la structure d'âge des populations 39
2.4.1 Les éléments de problématique et les hypothèses 39
2.4.2 L'hypothèse d'une influence de la structure d'âge se vérifie 41
2.4.3 Le choix de « la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus » comme indicateur de la structure d'âge des populations 42
2.4.4 La portée explicative de la structure d'âge des populations sur le niveau de consommation de services des populations régionales 43
2.4.5 Les facteurs sociaux incluant les facteurs démographiques : responsables de 90 % de la variance du niveau de consommation des populations régionales 44

2.5 L'influence du niveau de non-emploi sur la structure d'âge des populations régionales 44
2.5.1 L'influence du niveau de non-emploi sur les migrations interrégionales 44
2.5.2 La mesure du bilan migratoire des jeunes en âge de se reproduire 45

2.5.3 Le rapport entre le niveau de non-emploi des régions et la vitesse de changement de la structure d'âge de leur population 46

2.5.4 En synthèse : l'influence du taux d'inoccupation de 1987 (TI) sur la proportion de personnes âgées par région, en 1993 (PRA) 48

2.6 Le développement du modèle explicatif des niveaux régionaux de consommation de services 49
2.6.1 Un premier bilan aux plans théorique et méthodologique 49
2.6.2 Le développement du modèle explicatif « sanitaire » 52
2.6.3 Synthèse des modèles explicatifs « social » et « sanitaire » : le développement d'un modèle explicatif sociosanitaire 54
2.6.4 Les variables exogènes qui influencent le modèle sociosanitaire 56

2.7 Résumé du modèle explicatif théorique 58

3. LA VÉRIFICATION DU MODÈLE EXPLICATIF : CONFRONTATION AVEC LA RÉALITÉ 59

3.1 Les deux ordres de vérification du modèle explicatif 59

3.2 La vérification des éléments sémantiques : la mesure mathématique de la contribution des variables indépendantes à la prédiction des variables dépendantes 59
3.2.1 Les étapes 59
3.2.2 Les résultats mesurés 60
3.2.3 Un corollaire : la mesure des variables exogènes pour chaque région 61
3.2.4 La vérification des concepts 62

3.3 La vérification des éléments « syntaxiques » : la causalité des relations existant entre les variables du modèle 65
3.3.1 Objets général et spécifique 65
3.3.2 La problématique 65
3.3.3 La démarche méthodologique en quatre (4) étapes 66
3.3.4 Un exemple de vérification : l'incidence des bénéficiaires (NB/P) 71
3.3.5 Un corollaire surprenant : l'apparente indépendance entre la structure d'âge et la morbidité 72
3.3.6 Les résultats de l'analyse de sentier 74
3.3.7 Une clarification sur le rapport de causalité entre l'indicateur de la structure d'âge des populations (PRA) et le niveau de morbidité des populations régionales (NB/P) 76

3.4 Les premières conclusions de recherche 80
3.5 Les autres résultats d'études non traités dans cet ouvrage 81

Deuxième partie : La morbidité des populations et les discours s'y rapportant

4. LES RÉSULTATS DE NOS TRAVAUX D'ÉTUDES ET LA TENEUR DU DISCOURS SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL SUR LE SUJET : COMPARAISON 85

4.1 Les éléments fondamentaux de la problématique 85
4.1.1 Les caractéristiques communes aux faits sociaux 85
4.1.2 Les déterminants communs à une grande variété de maladies organiques 90

4.2 Les consensus établis au plan international sur les questions relatives à l'état de santé des populations 93

4.3 L'écart entre ce que tout le monde sait sur les déterminants de la santé des populations et ce que tout le monde ignore sur le même sujet 101

5. LA RÉGRESSION DU DISCOURS ACADÉMIQUE QUÉBÉCOIS SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DES POPULATIONS 105

5.1 L'importance du sujet 105
5.2 Le déclin des connaissances affichées au Québec sur les déterminants sociaux de la santé 106
5.3 L'apogée des connaissances acquises au Québec au sujet de la santé des populations 110
5.3.1 Les aspects généraux 110
5.3.2 Un aspect particulier : le système de soins 114
5.3.3 En résumé 118
5.4 L'état actuel des connaissances québécoises sur les déterminants de la santé des populations 119
5.5 En conclusion 125

6. LA BATAILLE DU TAUX D'INOCCUPATION 127

6.1 Le sens du TI : « un global du non-emploi » 129
6.2 Les objections au TI 137

7. LE PROCHAIN LANGAGE DE L'IMPUTABILITÉ : ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION POUR LA SUITE DES CHOSES 143

7.1 Les méandres de l'imputabilité 144
7.2 L'impact de la réforme de la santé sur la répartition générale de la maladie au Québec 147
7.3 L'impact de la réforme sur le vieillissement des clientèles 148
7.4 L'impact social des coupures budgétaires sur le vieillissement de la clientèle des soins de courte durée 150
7.5 Des clientèles en attrition de services 153
7.6 Bilan général 155
7.7 Notre système de soins a-t-il un avenir? 156
7.8 La rançon de la performance 160
7.9 Réflexion sur l'avenir 161

8. CONCLUSION 163

BIBLIOGRAPHIE 168

ANNEXES
Annexe 1 – Méthode de sélection des données MED-ÉCHO 174
Annexe 2 – Classification des diagnostics 175
Annexe 3 – Liste des quatorze (14) régions retenues pour l'étude 176
Annexe 4 – Séminaires et activités pertinentes 177
Annexe 5 – L'impact des dépenses du secteur de la santé 180
Annexe 6 – Extrait du document du MSSS 182
Annexe 7 – Le calcul de l'indicateur synthétique du MSSS – 1995 183
Annexe 8 – Liste sommaire des documents produits par la Régie-02 184
Annexe 9 – Modèle explicatif : mesure des influences, 1993-94 187
Annexe 10 – Rapport du groupe de travail 188

Première partie

Consommation de services et morbidité des populations régionales

Retour à la tdm.

INTRODUCTION

Retour à la tdm.

Dans les travaux qu'elle mène depuis 1990 sur la mesure du besoin des populations, la Régie du Saguenay–Lac-Saint-Jean a démontré que le manque relatif d'emplois au sein des populations locales et régionales agit sur un ensemble de phénomènes mesurables affectant ces populations.

- Leur bilan démographique et leur structure d'âge.
- Leur niveau de pauvreté.
- Leurs caractéristiques sociales : niveau de scolarité, qualité de logement, etc.

Ces travaux ont aussi démontré le caractère chronique des écarts existant entre les régions tant au plan du manque relatif d'emploi que des phénomènes mesurés. Les impacts récurrents du mode d'allocation et des écarts de répartition des dépenses publiques – en particulier celles du secteur de la santé qui s'avère le principal poste de dépenses – ont été décrits et expliqués eu égard :

- Au maintien des écarts interrégionaux de disponibilité d'emploi et des phénomènes sociaux en découlant.

- Aux effets mesurables des disparités de ressources sur l'inaccès géographique des populations aux services et sur les flux de clientèles déterminés par ces écarts.

Le tableau synoptique présenté à l'annexe 5 résume les faits démontrables et démontrés au fil des ans, à partir des données officielles publiées et vérifiables.

Dans l'optique des discussions entretenues jusqu'à 1995 sur le sujet, il apparaissait clair pour la Régie-02 que l'ensemble des faits démontrés qualifiait carrément le besoin des populations régionales, le besoin étant par définition *ce qui est nécessaire à l'existence [des populations] et qui s'obtient par de l'argent (Le Petit Robert)*. À cet égard, une démarche d'analyse – commandée par le MSSS – à un groupe d'experts internationaux présidé par M. André-Pierre Contandriopoulos sur les méthodes du ministère et les propositions de la Régie-02 en matière d'allocation de ressources aboutissait à un résultat éloquent. Les conclusions du groupe d'experts affirmaient, d'une part, la nécessité en cette matière de choisir des critères suffisamment transparents pour être expliqués et compris, commentaire qui visait probablement les propositions ministérielles d'alors[1]. L'autre conclusion des experts, concernant l'approche soumise par la Régie-02, laissait sur le questionnement fondamental suivant.

[1] L'annexe 7 présente, de façon synthétique, les paramètres alors mis de l'avant par le MSSS pour la répartition interrégionale des ressources du secteur de la santé.

Extrait du rapport du Comité [d'experts internationaux] sur l'allocation interrégionale des ressources, Québec, 7 décembre 1995, p. 12.

« 2.6 Une répartition équitable des ressources sans objectif de soutien au développement social des régions

Il est clair que la méthode de répartition des ressources développée par le Ministère ne vise pas à soutenir ou à faciliter le développement socio-économique des régions. Devrait-elle le faire? La question a été soulevée lors des trois (3) premières journées de séminaire du comité sans qu'on n'y apporte de réponse. Nous nous limiterons donc, ici, à replacer les termes de ce débat.

Quel rôle doivent jouer les investissements collectifs, notamment ceux faits dans le système de soins, pour éviter l'appauvrissement et la désintégration des localités? En maintenant un certain niveau d'investissements collectifs, peut-on ralentir ou renverser le processus de désintégration des localités? Y a-t-il un seuil à partir duquel les effets redistributifs auraient un impact sur la dynamique socio-économique des communautés? Le développement socio-économique d'une région peut-il et doit-il reposer principalement ou en partie sur des emplois dans le secteur public? Comment peut-on s'assurer que de tels investissements jouent véritablement un rôle dans la dynamique socio-économique des régions?

Les membres du comité n'ont pas de réponse à apporter à ces questions. Mais ils sont convaincus qu'il ne faut pas pour autant les repousser du revers de la main, spécialement dans le contexte actuel de reconfiguration du réseau. Cette reconfiguration va entraîner des fermetures d'établissements et des pertes d'emplois qui, autant au centre-ville de Montréal que dans les localités rurales, risquent de provoquer des cycles accélérés de désintégration sociale. Que fait-on face à ces problèmes? Comment peut-on aider ces communautés? Ce sont là des questions auxquelles collectivement nous nous devons de trouver des réponses. »

À l'évidence, les besoins de populations considérés sous leurs manifestations économiques (la pauvreté) et démographiques (les pertes démographiques) leur étaient évidents. Ce qui posait problème à leur yeux était l'absence de correspondance entre ces manifestations du besoin des populations et la nécessité de faire servir l'argent public de la santé aux services voués aux personnes malades. L'ouvrage, présenté ici *part de ce questionnement et livre les résultats obtenus depuis lors sur le rapport existant ou non*, entre le critère d'allocation proposé par la Régie-02, l'utilisation de service et la morbidité des populations régionales.

Au cours des discussions intervenues en 1995 sur les critères ministériels de répartition du financement de la santé, la Régie-02 a démontré que les critères alors mis de l'avant par le MSSS équivalaient, pour l'essentiel, à allouer le financement régional sur la simple proportion de 65 ans et plus de chaque population régionale.

De ces échanges, deux autres faits ressortaient qui ont servi de point de départ aux travaux et aux résultats présentés ici. D'une part, les professionnels du MSSS ont alors admis *qu'aucune vérification* scientifique du lien entre le besoin et le recours aux services

des populations régionales n'avait été réalisée[2]. **La réalité on l'a pas regardée** fut-il affirmé sans détour. D'autre part, les interlocuteurs du comité MSSS–Régie d'alors nous invitaient, dans la finalisation des travaux menés par notre régie, à vérifier s'il existait un lien entre le manque d'emploi au sein des populations et le niveau de recours aux services de celles-ci. En effet, comment pouvait-on accréditer un « indicateur de besoin » qui ne sache pas être aussi un indicateur du besoin en services?

La publication qui suit fait donc un état fidèle des travaux qui ont été réalisés depuis lors pour vérifier quels indicateurs rendent mieux compte de la propension des populations régionales à utiliser les services lourds de santé, après s'être préalablement assuré de la consistance des faits de recours aux services. Partant des meilleurs indicateurs identifiés, l'effort consiste ensuite à comprendre et à expliquer les présomptions de causalité entre certains indicateurs, le recours aux services et la mesure du besoin des populations. La démarche a finalement consisté à vérifier aux plans théorique, méthodologique et factuel la cohérence du modèle explicatif élaboré.

L'élaboration de cet ouvrage

La réalisation de cette étude repose entièrement sur la disponibilité et le traitement de banques de données exceptionnelles dont dispose le Québec (Med-Écho) et le Canada (recensements) de même que sur l'exploitation des systèmes d'information conçus à partir de celles-ci. Notre démarche s'appuie aussi sur l'apport compréhensif et explicatif de plusieurs disciplines scientifiques dont certaines paraissent, a priori, disjointes quant à leur objet propre : notamment la génétique, la biologie, la médecine de santé publique, la psychiatrie, la psychologie, diverses disciplines des sciences sociales, la démographie, et enfin l'écologie. Par ailleurs, la connaissance empirique des régions du Québec, et de leur évolution s'avère un atout si non indispensable, tout au moins fort utile pour juger du caractère plausible ou non de certains résultats et hypothèses.

Les activités d'études et de validation menées pendant deux (2) ans ont été réalisées selon la séquence suivante.

- À partir des données contenues dans les banques de données fiables du MSSS et dans les limites des objets étudiés, nous avons d'abord établi la description *exhaustive* des faits de la réalité afférents à notre régime de santé et démontré leur généralité, dans le temps et dans l'espace. Nous avons ensuite dégagé de cet ensemble de faits, ceux qui suscitent des pistes pouvant mener à des hypothèses explicatives sur ce qui se vérifie dans la réalité.

- Secondement, nous avons procédé à la validation de chaque hypothèse auprès de scientifiques reconnus, faisant autorité dans chacun des champs disciplinaires impliqués[3]. Les scientifiques ont été rencontrés individuellement d'abord sur la base d'une présentation formelle assortie d'un questionnement identique soumis à chacun. Ont

[2] Réunion du Comité MSSS-Régies sur l'allocation des ressources, le 15 décembre 1995. Voir l'extrait en annexe 6.

[3] On trouvera, en annexe 4, une liste sommaire des personnes consultées et des séminaires tenus.

ensuite été tenues des plénières où les représentants des champs disciplinaires rencontrés individuellement étaient invités à se prononcer sur un *modèle explicatif théorique* corroboré par la description des faits de la réalité et par les connaissances en rendant compte dans leurs champs disciplinaire propres. Enfin, plusieurs séminaires publics ont soumis le modèle théorique à l'examen de représentants des disciplines énoncées et d'autres domaines provenant du milieu scientifique et du réseau.

- En troisième lieu, nous avons procédé à la validation mathématique de la théorie explicative en utilisant les méthodes pertinentes pour tester la validité de théories explicatives. Ce résultat a été également validé avec le concours d'un mathématicien faisant autorité dans sa discipline.

- Nous avons enfin recherché, dans la littérature scientifique, les travaux utiles en regard de la validité et de l'interprétation des faits déjà vérifiés et démontrés dans le cadre de nos travaux.

Cette étude privilégie donc une approche basée sur les faits qui se vérifient dans la réalité et sur leur validité, avant que de s'autoriser d'une recension des discours véhiculés dans la littérature du domaine. Et lorsque les faits ne se trouvaient pas corroborés par le discours véhiculé dans la littérature, nous avons opté pour la réalité observée et vérifiée plutôt que pour l'érudition.

Des constats qui interpellent sur le régime de santé du Québec

La plupart des faits bruts qu'interrogent cet ouvrage, ne sont pas même rapportés dans la littérature québécoise contemporaine. Ce constat pourrait découler des particularités de notre régime de santé, ou encore du peu d'intérêt de la plupart des chercheurs et planificateurs institutionnels pour le traitement scientifique des immenses banques de données disponibles et accessibles, en lien avec les objets étudiés. Le Québec dispose, à cet égard, de banques de données, à la fois, pertinentes, diachroniques, exhaustives et probablement uniques dont le traitement donne accès aux faits bruts mis ici en évidence. Ces bases permettent ensuite de rechercher et de tester les explications convenant à la nature des faits, sous l'éclairage des théories scientifiques et par l'utilisation des méthodes appropriées.

Voici trois (3) échantillons des réalités mises en évidence dans cet ouvrage, des questionnements qu'elles suscitent, et dont les réponses sont, sauf erreur, produites ici.

- Au Québec, à l'échelle des régions, il existe une relation systématiquement *nulle* entre le niveau de consommation de services et l'espérance de vie à la naissance des populations régionales. Or, cette réalité s'explique elle-même par une relation presque aussi inexistante entre l'espérance de vie et le niveau de *morbidité des populations*. Dans ce contexte, laquelle des deux (2) est la véritable mesure de l'état de santé des populations, l'espérance de vie ou le niveau de morbidité, et pourquoi? Question énorme, sachant que, contrairement à l'espérance de vie, seule la morbidité engage

annuellement des *milliards de dollars* en coûts de système servant à la dispensation de services aux malades.

- On observe l'existence d'une corrélation systématique, s'élevant au-delà de 90 %, entre le niveau de morbidité des populations régionales et leur niveau de non-emploi. S'agit-il d'un simple rapport associatif ou, au contraire, d'une mesure exacte du rapport de causalité existant entre le niveau de non-emploi des populations et leur niveau de morbidité?

- Deux (2) facteurs sociaux suffisent pour *expliquer* 90 % de la variance du niveau de consommation de services des populations régionales en santé physique : *leur niveau de non-emploi et leur structure d'âge*[4]. Dans ce contexte, de quoi parle-t-on au juste lorsqu'on utilise les expressions « besoins des populations » et « état de santé des populations »? De la simple juxtaposition sur de grands ensembles de la somme des états de santé individuels? Ou d'une réalité débordant les limites implicites décrites par des catégories budgétaires et sectorielles; d'une réalité où la morbidité et la consommation de services de santé ressortiraient avec certaines autres manifestations structurées d'un déterminant commun?

Les enjeux liés à cet ouvrage et qui engagent le cours des événements

Nous sommes conscients des enjeux scientifiques qui se profilent à travers les résultats contenus dans cet ouvrage. En même temps, et malheureusement, nous avons trop souvent été témoins de l'utilisation d'arguments pseudo-scientifiques tantôt pour disposer sans autre forme de procès de résultats scientifiques incontournables, tantôt pour cautionner une décision, tantôt pour couvrir l'inertie administrative ou l'indécision politique. Conscients de telles embûches, nous avons pris toutes les précautions qui nous semblaient appropriées et réalisables pour éviter les biais scientifiques susceptibles d'entacher soit les résultats, soit leur interprétation. Précaution supplémentaire : nos résultats ont été confrontés au jugement de nombreux experts provenant des disciplines pertinentes aux contenus traités.

Par contre, nous sommes aussi conscients des enjeux politiques que soulèvent nos résultats : ces enjeux nous apparaissent infiniment plus considérables et conséquents que les enjeux proprement scientifiques. Sans que toutes les dimensions de la réalité ne soient véritablement apparentes, ce qui est rendu visible à travers la dimension sanitaire, c'est le destin de populations entières qui est traité ici. La dimension sanitaire n'étant que le reflet de ce qui se passe à d'autres niveaux; démographique, socio-économique, etc. À cet égard, **notre seule préoccupation a été de savoir si les faits et leur signification sont objectivement vrais ou objectivement faux**. Certaines conséquences administratives et politiques découlant du fait qu'on donne suite ou non ont été traitées à la toute fin de

[4] Ces deux (2) critères sont utilisés comme indicateurs fondamentaux dans l'étude de la Standard and Poor's sur l'avenir économique des vingt-cinq (25) principales agglomérations urbaines du Canada, étude publiée en décembre 1997. La Standard and Poor's est une des firmes de cotation les plus reconnues dans l'évaluation de la solvabilité économique à long terme des gouvernements.

l'ouvrage : notamment l'impact de la réforme de la santé sur le niveau de besoin des populations et sur le processus de vieillissement des clientèles.

Il faut être conscient des conséquences s'il fallait que des arguments non scientifiques ou fondés sur les impressions du moment, servent de caution à des décisions ayant pour résultat objectif d'accroître des misères sans espoir assorties de morts sélectives selon la population d'appartenance.

La composition de l'ouvrage

Cet ouvrage comprend deux parties. La première traite des sujets qui intéressent la recherche scientifique proprement dite portant sur le niveau de besoin des populations en santé. On y relate les événements, les hypothèses, les vérifications théoriques, les démonstrations fondées sur les faits et les constats jalonnant la production des résultats de la recherche qui fut entreprise et réalisée pour donner suite à l'interrogation du comité d'experts rencontré en 1995.

Cette première partie est subdivisée en trois chapitres : traitant tour à tour de la validation d'indicateurs du niveau de consommation de services des populations régionales; de l'élaboration d'un modèle explicatif de leur niveau de consommation; et enfin de la validation statistique de ce modèle explicatif. Ce modèle permet d'isoler les diverses composantes de la consommation et de distinguer, pour chaque région, la contribution des facteurs tels les déterminants sociaux de la santé des populations, leur structure d'âge, leur niveau de morbidité, de même que la « performance » des diverses instances impliquées dans la production des services.

La seconde partie de l'ouvrage traite de la comparaison entre ces résultats et le discours qui se tient dans la littérature du domaine. On y retrouve la comparaison entre ceux-ci et les propositions universellement admises et faisant consensus en épidémiologie, chez les praticiens du domaine, et même dans l'opinion publique. Notamment sur le rapport entre les facteurs sociaux et la morbidité; sur les véritables déterminants de la maladie qui mettent en cause la pauvreté *des populations* auxquelles les gens appartiennent respectivement; sur le pont qui fait le lien entre les facteurs sociaux et les facteurs biologiques via les « déclencheurs des maladies multifactorielles », sur la morbidité considérée comme un tout, indépendamment des causes organiques.

Cette seconde partie traite également de la littérature académique québécoise portant sur le sujet. On y constate que celle-ci évolue à contresens du discours universellement admis ailleurs qu'au Québec; un discours qui s'appuie sur de faux postulats, contredits comme tels tant par le discours qui se tient dans la communauté scientifique internationale, que par les faits qui se vérifient dans la réalité québécoise elle-même. Cette seconde partie traite enfin des conséquences en découlant au plan décisionnel, et qui ont été constatés dans le prolongement de la réforme du réseau de service actuellement en cours; en particulier l'accélération du vieillissement des clientèles en milieu hospitalier.

1. L'IDENTIFICATION D'UN INDICATEUR VALIDE DU NIVEAU DE CONSOMMATION DES POPULATIONS RÉGIONALES, EN SANTÉ PHYSIQUE

Retour à la tdm.

1.1. Les populations et les données retenues

A. Les populations à l'étude

La population étudiée cumule 98 % de celle du Québec, regroupée en quatorze (14) régions. Quatre régions représentant 2 % de la population du Québec, soit la Côte-Nord et les trois régions nordiques – Nord du Québec, Kativik et Terres-Cries-de-la-Baie-James – ont été exclues de l'étude en raison de l'imprécision des indicateurs de besoin disponibles pour la population de ces régions. Le regroupement par régions, plutôt que par district de CLSC ou MRC, a été retenu conformément aux stipulations de la loi touchant la répartition des ressources de santé et de services sociaux. Le ministre répartit, en effet, le financement entre les régions; ces ressources sont ensuite allouées par districts ou secteurs à l'intérieur des régions. À l'évidence, les ressources ne sauraient donc être équitablement réparties entre les district de CLSC ou les MRC, si elles ne sont pas *d'abord* équitablement réparties entre les régions du Québec qui regroupent ces districts. La responsabilité impartie par la loi au Ministre de la santé, en cette matière, consiste d'ailleurs à répartir le financement entre les régions.

B. Les données

Les données de consommation utilisées proviennent du fichier « MED ECHO » et couvrent 94.2 % de l'*ensemble* des jours de courte durée consommés en santé physique par la population des 14 régions retenues, pour toute la période comprise entre 1982-83 et 1993-94 principalement[5]. Ces données portent sur plus de 80,000,000 de jours d'hospitalisation; elles ne comprennent pas les soins d'un jour, ni les troubles mentaux (le regroupement 5)[6].

Les données utilisées sont, par ailleurs, plus complètes que celles qui sont regroupées sous la rubrique des « soins actifs » de l'univers Med-écho : en effet, les « soins actifs » excluent complètement plusieurs établissements ainsi que les épisodes de courte durée qui se sont prolongés en longue durée. N'ont pas été considérées, ici, les données d'hospitalisations des clientèles provenant de l'extérieur du Québec, de même que les données de consommation hors Québec des populations régionales.

---

[5] On retrouvera, en annexe 1, un tableau présentant la méthode de sélection des données et la comparaison entre celles-ci et d'autres données officielles extraites de la même source.

[6] Regroupement 19, de la classification internationale des maladies (version 9). On en trouvera la nomenclature, en annexe 2.

1.2. La validation d'un indicateur : préalable méthodologique

A. Le sens des corrélations

Dans le choix d'un indicateur de la consommation, l'importance quantitative du *coefficient de corrélation (R)* entre le taux de consommation des populations régionales et un indicateur de ce niveau de consommation de services est considéré comme un critère *suffisant* pour retenir ou rejeter cet indicateur.

Sous réserve que les données utilisées soient valides et représentatives des objets mesurés et sans préjuger de la signification des mesures, les corrélations vérifient l'existence de rapports entre les faits de la réalité et permettent d'en évaluer l'importance, indépendamment des idées préconçues ou des intérêts de ceux qui font les mesures.

Vue dans ce contexte, la pertinence de ce critère relève de l'évidence : deux phénomènes ne peuvent vraisemblablement constituer les indicateurs l'un de l'autre s'il n'existe pas minimalement un rapport associatif entre l'un et l'autre. Or, la corrélation est la mesure même d'un tel rapport : plus la mesure de ce rapport tend vers 0, moins l'indicateur est valide; plus il tend vers 1, ou –1 selon le cas, plus l'indicateur est considéré valide.

Par ailleurs, la corrélation entre le niveau de consommation et un indicateur quelconque ne peut être interprétée *a priori* comme la mesure d'un rapport de causalité entre cet indicateur et le niveau de consommation. *En effet, l'existence d'une simple relation entre deux phénomènes constitue, à l'évidence, une condition nécessaire mais non suffisante pour justifier d'y voir l'expression d'une relation de cause à effet. Par contre, si un rapport de causalité entre deux (2) variables est établi et démontré par ailleurs, dans ce cas, la corrélation doit être interprétée comme la mesure même de ce rapport de causalité*. Le troisième chapitre de cet ouvrage portant sur la vérification d'un modèle explicatif de la consommation en traite spécifiquement.

B. L'expression des taux régionaux de consommation de services

Dans ce premier chapitre de l'étude, le niveau de consommation des populations régionales est mesuré exclusivement par *les taux de journées d'hospitalisation consommés en courte durée au cours d'une même année ou d'une même période par les populations régionales de provenance : il s'agit donc de la division par la population régionale, de tous les jours consommés au cours de l'année par la population de ces régions, quelle que soit la région ou l'établissement de traitement*. Les autres manières de mesurer le niveau de consommation – soit en taux de personnes recourant annuellement à l'hospitalisation ou en taux d'admissions, les taux de cas d'hospitalisation – sont traitées dans le second chapitre qui porte sur les phénomènes *explicatifs* du niveau de recours aux services des populations régionales.

1.3. L'ampleur des écarts interrégionaux du niveau de consommation de services : la cohérence et la persistance des écarts, dans le temps

Avant d'examiner comment divers indicateurs rendent compte des niveaux régionaux de consommation de services, il importe de vérifier les caractéristiques de cette consommation dans le temps long.

A. L'ampleur des écarts

Pour la seule année 1993-94, les écarts qui caractérisent les niveaux de consommation des régions du Québec *varient du simple au double*, entre le territoire où le niveau de consommation est le plus faible, la région de Laval (la région 13)[7], et celui où ce niveau est le plus élevé, la Gaspésie (11).

B. La cohérence de la consommation dans le temps

En comparant pour deux (2) années consécutives à la fois, le rapport entre les niveaux annuels de consommation des populations régionales et ce, sur une plage de 12 années consécutives, on constate, pour toutes les régions, des niveaux de consommation quasi invariant d'une année à l'autre. Ceci est reflété par des taux de corrélation oscillant entre 97 % et 99 % entre les niveaux de consommation régionaux mesurés pour chacune des paires d'années consécutives considérées, tel que montré ci-après.

[7] Ce numéro assigné à chaque région correspond à la codification officielle des régions du Québec, dont la liste figure en annexe 3.

GRAPHIQUE 1

Ce constat se vérifie aussi pour les grands groupes d'âge – les 0-65 ans comme les 65 ans et plus – qui stratifient la population de chaque région. On serait donc justifié d'affirmer que le « meilleur » indicateur du niveau de consommation des populations régionales pour une année quelconque, correspond à leur niveau de consommation de l'année précédente. Par ailleurs, la corrélation de 78 %, mesurée entre la première (1982) et la dernière année (1993) de cette période, révèle néanmoins un changement progressif dans le niveau de consommation des populations régionales.

TABLEAU 1

COEFFICIENTS DE CORRÉLATION ENTRE LES TAUX DE CONSOMMATION DE SERVICES DES POPULATIONS RÉGIONALES POUR ONZE (11) PAIRES D'ANNÉES CONSÉCUTIVES

PAIRES D'ANNÉES	VALEUR DES COEFFICIENTS DE CORRÉLATION		
	POPULATION TOTALE	POPULATION NON ÂGÉE (0 À 64 ANS)	POPULATION ÂGÉE (65 ANS ET PLUS)
1982 vs 83	98.94	98.81	97.02
1983 vs 84	98.11	98.01	93.33
1984 vs 85	99.16	98.92	95.96
1985 vs 86	98.72	98.17	97.73
1986 vs 87	97.42	96.98	95.15
1987 vs 88	98.12	98.18	94.43
1988 vs 89	98.31	98.56	93.71
1989 vs 90	99.45	98.73	98.46
1990 vs 91	98.78	97.64	96.32
1991 vs 92	97.84	96.04	96.87
1992 vs 93	99.59	99.28	98.06

On peut ainsi constater que chaque région est caractérisée par une propension particulière à consommer des services hospitaliers : les changements qui se produisent sont à peine perceptibles à court terme, sur une période de trois (3) ans et moins. Ils sont, par contre, plus considérables à long terme – sur une génération environ – quoique les corrélations restent encore élevées : 78 % entre la 1re et la 12e année. On peut donc déduire qu'un indicateur du niveau de consommation, valide pour une année donnée, le sera également pour une longue période; à l'inverse, un indicateur, invalide pour une année, le demeurera pour toutes les années de la période couverte. Plus encore, les indicateurs valides pourraient éventuellement rendre compte de l'orientation, du sens des changements qui se produisent à long terme, et de façon itérative, dans la propension des populations régionales à consommer des services.

1.4. La comparaison de divers types d'indicateurs du niveau de consommation : bilan comparatif

Trois (3) grandes familles d'indicateurs, qu'on retrouve fréquemment évoqués dans le domaine sociosanitaire, ont été analysées pour identifier les plus aptes à rendre compte du niveau de consommation des régions dans le temps long : les indicateurs classiques de santé, certaines caractéristiques démographiques des populations et les indicateurs socio-économiques.

Pour les plus représentatifs de leur famille respective, sont reproduites ici la valeur de corrélation la plus élevée et la valeur la plus faible entre chaque indicateur et le taux de consommation des régions sur la période de douze (12) années de consommation consi-

dérée. Cette procédure permet de voir dans quelle mesure l'indicateur est systématiquement valide ou invalide, plus performant ou moins performant qu'un autre pour refléter le niveau de consommation de services des populations régionales.

Parallèlement, sont aussi reproduites, pour chaque indicateur, les valeurs minimum et maximum de la variance du niveau de consommation expliquée, au cours des mêmes douze (12) années. Ce tableau illustre ainsi, en pourcentage, la contribution de l'indicateur à la *prédiction* du niveau de consommation des régions, pour l'année étudiée.

TABLEAU 2

RELATION ENTRE DES INDICATEURS D'USAGE FRÉQUENT[8] ET LE TAUX DE CONSOMMATION DE SERVICES DES POPULATIONS RÉGIONALES, SUR 12 ANS

A. LES INDICATEURS CLASSIQUES EN SANTÉ :

	Corrélation en %		Pourcentage de la variance expliquée	
	Indice comparatif de mortalité	Espérance de vie à la naissance	Indice comparatif de mortalité	Espérance de vie À la naissance
La plus forte	31.0 % (1988)	– 22.4 % (1988)	9.6 %	5.0 %
La moins forte	8.8 % (1982)	– 6.9 % (1992)	0.7 %	0.4 %

B. LES INDICATEURS DES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES :

	Corrélation en %		Pourcentage de la variance expliquée	
	Le rapport de féminité	La proportion de personnes âgées	Le rapport de féminité	La proportion de personnes âgées
La plus forte	8.5 % (1986)	62.2 % (1993)	0.7 %	38.6 %
La moins forte	0.7 % (1988)	53.8 % (1984)	0 %	28.9 %

C. LES INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES :

	Corrélation en %		Pourcentage de la variance expliquée	
	Scolarité	Revenu moyen	Scolarité	Revenu moyen
La plus forte	50.3 % (1993)	**– 85.0 %** (1993)	25.3 %	**72.2 %**
La moins forte	38.1 % (1986)	**– 75.6 %** (1988)	14.5 %	**57.1 %**

[8] Source : à part le niveau de revenu, tous ces indicateurs sont extraits des documents officiels du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), portant sur les indicateurs mis de l'avant par ce ministère pour répartir les ressources entre les régions.

L'examen du tableau 2 permet de constater que *le niveau de revenu*[9] *est très nettement supérieur aux autres catégories d'indicateurs pour rendre compte du niveau de consommation des populations régionales*.

1.5. Les indicateurs socio-économiques comparés entre eux

A. Les contraintes de mise à jour des indicateurs à intervalle régulier et rapproché

La principale source de données permettant d'élaborer des indicateurs démographiques et socioéconomiques demeure les recensements canadiens. Or, il s'écoule une période de 5 ans entre deux recensements, suivie d'un délai d'environ deux ans avant que les données du dernier recensement ne soient rendues disponibles, impliquant, par le fait même, un décalage de 7 années entre un recensement et les faits démographiques et socio-économiques mis à jour.

Cette contrainte peut compromettre l'utilité de recourir à des indicateurs en vue d'assumer diverses fonctions de toute nature, telle l'allocation de ressource en particulier. En effet, en admettant qu'un indicateur soit valide, comment peut-on en justifier l'emploi, s'il faut attendre sept (7) années avant d'y accéder pour apprécier les changements dont il doit rendre compte? Que vaut un indicateur si les faits dont il doit témoigner sont révolus depuis six (6) ou sept (7) ans? Cette contrainte incite donc à trouver d'autres sources de données pour remettre à jour, à intervalles plus rapprochés, des indicateurs jugés valides. À cette fin, il est envisageable d'exploiter des indicateurs s'avérant des substituts valides de bons indicateurs, et qu'on puisse aussi mettre à jour à intervalle plus régulier.

B. Le taux d'inoccupation (TI) en remplacement du revenu

Le revenu moyen des personnes de 15 ans et plus montre, pour toutes les populations regroupées par MRC, une corrélation négative et élevée (–83 %) avec la mesure du manque de disponibilité d'emploi au sein des populations : le *taux d'inoccupation*.

---

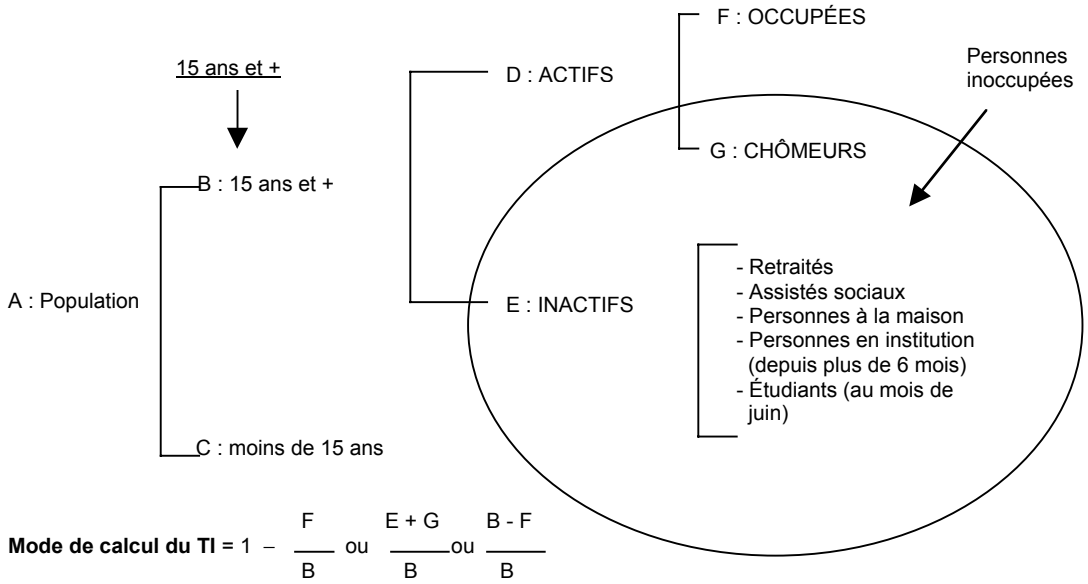
[9] Il s'agit, en l'occurrence pour chaque population, des revenus totaux cumulés par l'ensemble des personnes ayant un revenu, rapporté à la population de 15 ans et plus incluant les personnes sans revenu. Les données à la source proviennent du recensement canadien de 1991. Tel que mesuré, cet indicateur est fondamentalement distinct d'une autre mesure ayant cours dans le réseau de la santé, établie sur la base des fréquences de faible revenu de Statistique Canada, et désignée abusivement par l'expression «taux de pauvreté». On peut consulter, à ce sujet : La mesure de la pauvreté : le taux d'inoccupation versus l'incidence de faible revenu, Chicoutimi, RRSSS-02, janvier 1996.

Qu'est ce que le taux d'inoccupation?

Le taux d'inoccupation (TI) caractérisant une population donnée désigne *la proportion, en pour cent, des 15 ans et plus sans emploi*.

Il comprend, dans une même mesure, *l'ensemble des chômeurs* de même que *l'ensemble de ceux qui ne font pas partie de la population active* : les assistés sociaux, les conjoints au foyer sans emploi, les personnes placées en institution sur une longue période et les personnes âgées à la retraite. Bref, tous ceux qui dépendent d'un tiers pour l'acquisition des biens de première nécessité.

Ainsi défini, le taux d'inoccupation est le complément exact de la mesure de la disponibilité d'emploi dans les populations : le rapport emploi/population, tel qu'illustré ci-après.



Mode de calcul du TI = $1 - \frac{F}{B}$ ou $\frac{E + G}{B}$ ou $\frac{B - F}{B}$

De surcroît, la corrélation de 83 % entre TI et Revenu mesure un rapport causal. L'emploi est, de fait, la principale source de revenu des populations : il s'ensuit nécessairement que le taux d'inoccupation est la mesure directe de la principale cause de pauvreté des populations, le non-emploi[10]. En outre, puisque la grande majorité de ceux qui n'ont pas d'emploi tirent leurs revenus de paiement de transferts (aide sociale, chômage, pension, etc.), il s'ensuit aussi que le revenu moyen des populations tiré des paiements de transfert, varie en étroite corrélation avec le TI (92 %).

[10] Il existe une corrélation de – 87% entre le niveau de revenu d'emploi des populations regroupées par MRC et le taux d'inoccupation.

GRAPHIQUE 2

Par ailleurs, le TI est remis à jour mensuellement par Statistique Canada[11] et ce, pour l'ensemble des régions du Québec à l'exclusion des régions nordiques et de la Côte-Nord.

Ainsi, comme indicateur de leur niveau de consommation de services, il est possible de remplacer la mesure de la pauvreté des populations par la mesure du *déterminant* de cette pauvreté, le manque de disponibilité d'emplois chez les 15 ans et plus. Cette mesure peut être mise à jour *annuellement* et même mensuellement.

C. La comparaison entre le TI et le revenu comme indicateurs du niveau de recours aux services

Pour l'année de recensement 1991, la corrélation entre le niveau de consommation des régions et le TI de la même année équivaut à celle du niveau de revenu (1991) avec le niveau de consommation. Par ailleurs, la corrélation du niveau de revenu de 1991, avec la consommation des années antérieures jusqu'à 1982, est plus élevée que celle du TI pour les mêmes années. Par contre, pour les années de consommation postérieures à 1991, la

[11] L'enquête sur la population active – les données sont disponibles auprès de la Société Québécoise de Développement de la Main-d'œuvre (SQDM).

corrélation du TI (1991) avec la consommation surpasse celle du revenu. Une hypothèse se pose : le TI paraît supérieur au niveau de revenu pour rendre compte du niveau de consommation *futur* ou ultérieur des populations régionales.

GRAPHIQUE 3

Cette hypothèse se vérifie en comparant les taux de corrélation entre le niveau de consommation de chacune des 12 années et les taux d'inoccupation de quelques années, en l'occurrence 1987, 1991 et 1995[12]. La corrélation moyenne, pour l'ensemble des 12 années de consommation, est égale à 72 % pour le TI de 1995, à 76 % pour le TI de 1991 et à 81 % pour le TI de 1987.

[12] Les données annuelles du TI disponibles pour ce travail ne remontent pas au-delà de 1987.

GRAPHIQUE 4

Par ailleurs, pour chacune de ces trois (3) années de référence, le niveau de corrélation avec le TI augmente régulièrement d'environ 2 % par année de consommation de services. On constate alors que l'indicateur le plus fiable du niveau de consommation des populations régionales, en 1993-94, est le taux d'inoccupation le plus ancien disponible, soit celui de 1987 avec 90.93 % de corrélation. Cet indicateur explique donc, à lui seul, *82.7 % de la variance du niveau régional de consommation* de services en santé physique, en 1993-94.

GRAPHIQUE 5

D. La supériorité du taux d'inoccupation (TI) comme indicateur du taux de consommation des populations régionales

Trois (3) critères généraux établissent la supériorité de cet indicateur :

- Sa capacité de *prédire* le niveau de consommation ultérieur ou *futur* des populations régionales, avec un niveau de fiabilité très supérieur à celui qui caractérise tout autre indicateur connu, socio-économique ou autre.

- La possibilité de le mettre à jour annuellement, voire mensuellement contrairement aux autres indicateurs reposant sur le recensement, et dont le décalage au réel atteint sept (7) ans.

- Les coûts afférents à la remise à jour de l'indicateur, lesquels sont inexistants (nuls) et même déjà assumés par d'autres organismes publics.

1.6. Une vérification plus approfondie de la relation entre le taux d'inoccupation et le niveau de recours aux services

La performance prédictive de l'indicateur est forte : les variables impliquées, le manque relatif d'emplois mesuré par le TI et le taux de recours aux services hospitaliers des populations, relèvent pourtant de pans de réalité fort différents. Il importe, dans ce contexte, d'apprécier plus finement le comportement de l'indicateur. En effet, comment *expliquer* le haut niveau de corrélation entre le TI et le niveau de consommation des populations régionales? Sachant d'emblée que le niveau global de consommation, pour chaque région, est fonction du niveau de consommation des effectifs de chaque groupe d'âge qui stratifient la population totale et, aussi, du niveau de consommation pour chaque maladie organique, il faut voir comment le TI rend compte du niveau régional de recours aux services lourds pour chacun des groupes d'âge et pour les diverses maladies organiques.

1.6.1. L'analyse par groupes d'âge

Pour réaliser cette analyse, certains constats préalables sur les *profils de consommation* par groupes d'âge des populations sont utiles[13]. On constate que les taux de consommation, ventilés graphiquement par groupes d'âge quinquennaux, ont un profil particulier – une courbe – qui varie d'un regroupement diagnostic à l'autre. À titre illustratif, et tel qu'illustré au graphique 6 :

- Une distribution de forme hyperbolique caractérise les anomalies congénitales.
- Une distribution de forme exponentielle, dans le cas des maladies de l'appareil circulatoire.
- Une cubique, dans le cas des maladies du système génito-urinaire.
- Une normale, dans le cas des problèmes de grossesse et d'accouchement.

[13] Des travaux originaux exploitant systématiquement le potentiel des données d'hospitalisation (Med-écho) ont permis, en 1994, d'identifier pour chaque regroupement de maladies organiques un profil typique en fonction de l'âge. Ce profil est similaire, dans sa forme, d'une population à l'autre (région ou MRC) et même d'une période à une autre. Par contre, la «hauteur» du profil respectif de chacune des populations, elle, est variable; néanmoins, cette variation s'avère systématiquement cohérente pour l'ensemble des groupes d'âge. On peut consulter, à ce sujet, SAVARD, M., Pour l'amélioration de la santé… État de situation, 1993, RRSSS-02, 1994, 123p.

GRAPHIQUE 6

QUELQUES PROFILS DE CONSOMMATION PAR MALADIE

Bien que pour chaque figure la courbe de consommation des populations régionales soit de forme identique, on constate, par contre, qu'elles sont systématiquement inégales quant à leur hauteur. Tout en calquant un patron semblable, les courbes correspondant aux taux de consommation ventilés par groupes d'âge quinquennaux, sont systématiquement plus élevées dans certaines populations que dans d'autres.

En dressant, pour chaque groupe d'âge, la somme des taux de consommation indépendamment du groupe diagnostique, on obtient le *profil général de consommation de la population, par groupes d'âge*. Comme pour les profils par maladie, *ce profil général épouse un patron de forme similaire pour toutes et chacune des régions; encore-là cependant, la hauteur du profil varie d'une région à l'autre*.

GRAPHIQUE 7

Partant de ce fait, en mesurant le niveau de corrélation entre le taux de consommation *de chaque groupe d'âge quinquennal* et le TI de 1987, on peut vérifier dans quelle mesure le TI rend compte, ou non, du niveau de consommation de *chacun* des seize (16) groupes d'âge quinquennaux pour chacune des régions. On peut ainsi vérifier si le TI rend compte du *profil global* de consommation de services des régions ce qui, par conséquent « expli-

querait » en partie, pourquoi il rend compte du *niveau* global de consommation de services des populations régionales.

Le résultat

À partir d'une moyenne annuelle établie sur cinq (5) années de consommation[14], pour les seize (16) groupes quinquennaux considérés indépendamment, le taux de corrélation entre le TI et le niveau de consommation des populations régionales, varie entre 63 % et 92 %[15], impliquant, par là que *le TI rend compte de la « hauteur » du profil de consommation global de chaque population régionale, comme il le fait pour le taux de consommation de chacun des groupes d'âge quinquennaux.*

TABLEAU 3

DISTRIBUTION DES COEFFICIENTS DE CORRÉLATION (R) ENTRE LE TAUX D'INOCCUPATION DES RÉGIONS EN 1987 ET LEUR TAUX DE CONSOMMATION DE JOURS EN COURTE DURÉE, PAR GROUPES D'ÂGE

GROUPES D'ÂGE	CORRÉLATION EN %	PROBABILITÉ DE L'HYPOTHÈSE NULLE EN %
0 – 4	81.85	0.0
5 – 9	86.87	0.0
10 – 14	82.19	0.0
15 – 19	62.63	1.7
20 – 24	63.53	1.5
25 – 29	71.27	0.4
30 – 34	86.48	0.0
35 – 39	84.70	0.0
40 – 44	85.37	0.0
45 – 49	92.68	0.0
50 – 54	84.28	0.0
55 – 59	73.07	0.3
60 – 64	74.83	0.0
65 – 74	72.88	0.3
75 et +	68.55	0.7

[14] Moyenne annuelle régionale par groupe d'âge, basée sur la période 1989-90 à 1993-94.

[15] À titre indicatif, pour une corrélation de 60% impliquant quatorze (14) observations, ici des régions, la probabilité de l'hypothèse nulle (α) est égale à 2%; on en déduit que pour chaque groupe d'âge la corrélation entre le TI et le niveau de consommation est très significative.

Deux faits particuliers doivent être relevés à ce sujet :

- *Bien que la quasi-totalité des personnes âgées de 65 ans et plus compte parmi les personnes inoccupées, on constate que celles qui résident dans les régions où le TI est plus élevé, consomment nettement plus que celles qui proviennent des régions où le TI est plus faible et ce, de façon systématique.*

- *Malgré le fait que les personnes de moins de 15 ans ne soient pas même considérés au calcul du TI, ces moins de 15 ans ont un taux de recours aux services lourds nettement supérieurs dans les régions où le TI est plus élevé, en regard de celles qui proviennent des régions où le TI est plus faible.*

De tels faits, on peut déduire que le véritable déterminant de la consommation des populations régionales *n'est pas le statut d'emploi individuel des personnes, mais plutôt une caractéristique sociale*[16] *associée ou déterminée par le niveau de non-emploi prévalant dans les populations : ce déterminant affecte, de semblable façon, les personnes âgées toutes inoccupées, les jeunes de moins de 15 ans tous exclus de la mesure, tout comme le groupe des 15-64 ans.*

1.6.2. Le TI et le niveau de consommation par regroupements diagnostiques

Pour un ensemble de regroupements de diagnostics considérés indépendamment de l'âge, et comprenant 85 % de la consommation totale en courte durée physique, le taux de corrélation entre le niveau de consommation, sur une moyenne de 5 ans, et le TI de 1987 se situe entre 70 % et 90 %. Quant aux autres problématiques de santé, les 15 % restant de la consommation, celles qui corrèlent moins avec le TI ($R \leq 60$ %) sont reliées à des problèmes de santé survenant en période natale — les naissances et les complications de grossesse — ou en période périnatale ou infantile – les maladies infectieuses[17], les affections périnatales…Le graphique 8 illustre la relation entre le TI et chaque regroupement diagnostique.

[16] Le mot «social» est utilisé à maintes reprises dans cet ouvrage. Alors que dans la culture du réseau de la santé le terme est souvent associé à la pratique du travail social, comme la santé l'est à la pratique médicale, il importe de le définir afin de dissiper toute ambiguïté. Le mot social désigne **les phénomènes relatifs aux populations conçues comme des réalités distinctes des individus qui en font partie**. Ainsi défini, le terme est **opposé aux qualificatifs «biologique, psychique, individuel»** (voir le Petit Robert).

[17] Les maladies de peau présentent aussi une corrélation moins élevée avec le TI. Selon les médecins-experts rencontrés, la fenêtre des hospitalisations est moins pertinente pour les maladies de peau, compte tenu que celles-ci sont massivement traitées en cabinet privé.

GRAPHIQUE 8

Une contradiction apparente se fait jour ici : comment expliquer que la corrélation entre le TI et le niveau de consommation régional de chacun des trois (3) groupes quinquennaux, compris entre 0 et 14 ans, soit très élevée, alors que l'incidence de la consommation pour les maladies infantiles et périnatales corrèle moins avec l'indicateur?

La réponse est simple. *Le TI corrèle fort (70 % et plus) avec l'incidence de la consommation régionale des 0-14 ans pour la grande majorité des problèmes organiques non spécifiques au bas âge* : *notamment, les maladies du système nerveux, les maladies du sang, les maladies des appareils circulatoire, respiratoire, digestif et des organes génito-urinaires*. L'incidence de la consommation pour ces troubles organiques, pris en un seul bloc, chez les moins de 15 ans explique donc la forte corrélation entre le TI et le niveau de consommation régional global de ces groupes d'âge.

GRAPHIQUE 9

Dans les faits, les populations présentant les manques de disponibilité d'emploi les plus grands affichent les plus hauts niveaux de consommation lourde pour l'ensemble des maladies organiques, *comme si un facteur associé à la carence d'emploi pouvait, à lui seul, activer l'ensemble des maladies pour l'ensemble des groupes d'âge en même temps : les jeunes, les personnes en âge de travailler et celles qui ont franchi l'âge de la retraite*. *Cette observation suggère qu'il puisse exister une cause, un déterminant commun à l'ensemble des maladies organiques*. Cette cause serait, d'une manière à préciser, associée au niveau de non-emploi des populations. Sa manifestation n'apparaîtrait qu'à l'échelle des grandes populations – les régions et plus – et non à l'échelle individuelle : une cause de nature sociale, s'ajoutant aux causes biologiques connues.

1.7. Que conclure sur les indicateurs du niveau de consommation de services des populations régionales?

En regard du critère qui qualifie un indicateur valide, le taux d'inoccupation (TI), soit la mesure du niveau de non-emploi des populations, apparaît, parmi tous les indicateurs

connus, le plus performant pour rendre compte du niveau de consommation des populations des 14 régions étudiées et qui regroupent 98 % de la populations du Québec. Cette mesure du niveau de non-emploi est directement et indirectement explicative du revenu moyen des populations régionales et locales (les MRC) et plus précisément de leur niveau de pauvreté.

Contrairement aux autres indicateurs connus, le TI permet de prédire, à un haut degré de fiabilité, et à au moins 7 ans d'intervalle, le niveau de consommation futur des populations régionales. Il *a ainsi au plan statistique, à tout le moins, toutes les caractéristiques d'un déterminant du niveau de consommation de services.*

De plus, l'observation des données diachroniques de l'hospitalisation au Québec démontre que la corrélation élevée entre l'indicateur et les hauts niveaux de consommation globale qui caractérisent certaines régions comparativement à d'autres, se vérifie aussi pour chacun des groupes d'âge sans exception. À l'exception de quelques affections survenant dans la période périnatale et infantile, la relation entre TI et consommation se vérifie, de même, pour la plupart des catégories de diagnostic. Or, le TI rend compte de ces caractéristiques dans tous leurs détails et à un haut niveau de fiabilité. La cohérence et le caractère systématique de tels constats justifient donc de poser l'hypothèse relative à l'existence d'un rapport de cause à effet – ou d'un enchaînement causal – entre le niveau d'emploi des populations et leur niveau de consommation de services. Cette hypothèse fera l'objet d'une analyse approfondie aux chapitres suivants.

Enfin, le TI reflète fidèlement les caractéristiques propres aux indicateurs sociaux, c'est-à-dire aux indicateurs qui rendent compte de la situation particulière des populations entières, indépendamment des caractéristiques propres aux individus qui en font partie[18]*. À cet égard, le TI rend compte du niveau de consommation régional des enfants de moins de 15 ans et des personnes âgées de 65 ans et plus, même si les représentants de ces deux groupes d'âge n'ont, par définition, pas de rapport à l'emploi. Par conséquent, pour peu que le niveau de consommation hospitalière en santé physique entretienne un rapport quelconque avec l'« état de santé des populations régionales », cette dernière notion ne peut être considérée, au plan conceptuel, comme le simple cumul arithmétique des personnes malades provenant d'une région donnée. Il s'agira donc de vérifier si cette notion serait une application très particulière de l'axiome célèbre : « le tout n'est pas égal à la somme de ses parties ».*

[18] À titre illustratif, la pauvreté d'une personne ne suppose pas nécessairement qu'elle vive dans un logement délabré. À l'échelle sociale, dans les populations pauvres, on retrouvera systématiquement de plus forts taux de logements nécessitant des réparations majeures. Il ne faut pas confondre ces deux (2) ordres de réalités.

2. L'EXPLICATION DU NIVEAU RÉGIONAL DE CONSOMMATION DE SERVICES : ÉLABORATION D'UN MODÈLE THÉORIQUE

Retour à la tdm.

UN FIL CONDUCTEUR POUR SUIVRE LA TRAME DE CE CHAPITRE

Le chapitre traite des phénomènes qui peuvent, *en théorie et logiquement*, expliquer le niveau de consommation des populations. On y distingue deux (2) sous-parties. Dans la première, à l'aide des connaissances provenant de disciplines pertinentes, il s'agit de *comprendre* – par opposition à expliquer – *la nature de la relation déjà vérifiée entre le niveau de non-emploi des populations et l'incidence de la morbidité caractérisant ces populations;* morbidité reflétée, à titre d'hypothèse, par leur niveau de consommation respective. Ces questions sont traitées aux points 2.1 à 2.3.

La seconde sous-partie, que couvrent les paragraphes 2.4 et suivants, identifie et analyse les éléments permettant de comprendre et de situer, les uns par rapport aux autres, des phénomènes de divers ordres indissociables du niveau de consommation de services, phénomènes tous essentiels à la compréhension d'ensemble qui lie cette consommation à d'éventuels facteurs causaux. Cette sous-partie traitera notamment de :

- L'existence d'une *autre variable sociale* nécessaire pour rendre compte du niveau de consommation des populations. Cette variable est elle-même en bonne partie expliquée par le niveau de non-emploi des populations.

- L'influence exercée par les fonctions du système sanitaire, notamment les décisions médicales d'hospitaliser, la fréquence de réhospitalisation des personnes et les durées de séjour.

- Les facteurs, autres que sociaux, qui contribuent à expliquer les écarts interrégionaux de consommation de services, soit les pratiques professionnelles, l'organisation des services et la « performance » des établissements.

Cette seconde sous-partie en arrive, par procédé déductif, à isoler les concepts aptes à mesurer et à expliquer entièrement le niveau de consommation de services des populations régionales.

2.1. Une présomption de lien causal

Le discours scientifique, comme celui de la pratique, regorge d'énoncés clamant l'existence d'un lien évident entre la pauvreté et la maladie. Il est néanmoins difficile de trouver une seule vérification systématique et causale sur la base de données primitives, complètes, diachroniques et généralisables à des populations entières, en appui à ces énoncés couramment admis.

À cet égard, le chapitre 1 nous laissait sur des présomptions surprenantes. On note d'abord une concomitance très élevée entre deux variables apparemment fort éloignées l'une de l'autre : le non-emploi des populations et l'incidence des jours d'hospitalisation consommés en santé physique. On relève, par ailleurs, un ensemble de manifestations permettant de supposer l'existence d'un lien causal entre ces variables. Il ne peut, à l'évidence, s'agir d'un lien direct mais plutôt, le cas échéant, d'une chaîne causale liant un phénomène social – mesuré par le taux d'inoccupation – à l'expression de la maladie mesurée à l'échelle des populations, telle qu'elle peut s'observer à travers la fenêtre des hospitalisations.

Les manifestations qui fondent l'intérêt de l'hypothèse sont les suivantes :

- L'accroissement des corrélations à mesure qu'on s'éloigne de l'année de prise du TI : l'indicateur se comporte comme un déterminant, au plan statistique.

- L'indicateur rend compte du niveau relatif de la consommation régionale de chacun des grands groupes d'âge, les 0-15 ans, les 15-64 ans, les 65 ans et plus. De même, pour la consommation régionale de tous les groupes d'âge quinquennaux, de 0-4 ans jusqu'aux 75 ans et plus.

- Pour un ensemble de maladies représentant 85 % de tous les jours d'hospitalisation, le TI rend compte des niveaux régionaux de consommation de chacun des groupes diagnostiques.

Ce dernier constat laisse voir qu'une population régionale présentant un fort manque d'emplois cumulera, pour la plupart des maladies, considérées indépendamment les unes des autres, un taux concomitant et élevé de recours aux services. Comme si une population plus affectée l'était pour l'ensemble des maladies en même temps. Or, une manifestation aussi structurée à l'échelle de grandes populations n'est pas perceptible à l'échelle des individus, ni même à celle de petites populations. En effet, on n'observe pas dans la réalité d'individus hospitalisés, une même année, pour la quasi totalité des maladies organiques.

Ces constats ouvrent sur deux questions distinctes mais interreliées : est-il possible qu'il faille voir comme deux notions distinctes « l'état de santé des individus » et « l'état de santé des populations »? Secondement, comment les problèmes de santé, à l'échelle des populations peuvent-ils varier ensemble, d'un seul tenant, sans qu'il soit nécessaire d'envisager qu'un déterminant, qu'une cause commune les fassent réagir tous en même temps et dans la même « direction »?

2.2. Le concept « d'état de santé des populations »

Les faits nouveaux et structurés constatés précédemment interrogent les notions généralement véhiculées sur l'état de santé des populations. On se rend d'abord compte que la notion généralement véhiculée, par le concept de « morbidité » notamment, renvoit im-

plicitement soit à une sommation des caractéristiques de santé des individus ou à la simple transposition, à l'échelle des populations, de la notion d'état de santé des individus. *Pourtant, contrairement à ce qui se vérifie à l'échelle individuelle, on constate que certaines populations cumulent, en même temps, un ensemble cohérent de maladies* qui, à l'échelle individuelle, disposeraient illico de la vie de personnes qui seraient affectées de tous ces maux. Il est donc possible que puisse être mesurée, à l'échelle d'une population, une expression de la maladie qui soit particulière aux populations et que celle-ci soit différente de la simple projection, sur de grands ensembles des états de santé individuels et singuliers.

En poussant plus avant cette réflexion, on remarque qu'indépendamment du facteur numérique qui les différencient par nature, les caractéristiques propres aux populations sont, à l'évidence, très différentes de celles des individus qui les composent et ceci, spécialement en regard de la santé. En effet, contrairement aux individus, les populations n'ont pas d'organes : elles ne peuvent donc être affligées de maladies organiques. De plus, contrairement aux individus, les populations survivent au décès de chacun des individus qui en font partie à un moment donné car elles ont, comme les espèces et les lignées, la capacité de se reproduire pour se maintenir dans le temps, comme c'est le cas pour les cellules du corps humain, à une moindre échelle. Ces évidences mettent en lumière le fait que les populations et les personnes qu'elles regroupent constituent des entités, des objets fondamentalement distincts par nature, tel que le propose la définition du mot « social ». Ceci suggère donc le questionnement suivant : de quoi parle-t-on au juste lorsqu'on utilise l'expression « état de santé des populations »? D'un phénomène social précis et mesurable ou de la simple juxtaposition d'une pluralité de phénomènes biologiques, organiques et individuels?

2.3. Comment le niveau de non-emploi des populations régionales peut-il expliquer leur niveau de consommation de services?

Le caractère systématique et l'ampleur des constats réalisés dans le temps long à l'échelle des populations régionales invitent à une double démarche. Il faut, d'une part, s'expliquer comment de grands nombres d'individus biologiquement distincts – mais réunis au sein d'une même collectivité – peuvent, de façon concomitante et simultanée, voir leur santé affectée en regard de la plupart des problèmes organiques. Ceci suppose minimalement qu'un facteur ou qu'un tronc commun de facteurs déterminants agissent comme déclencheur de la maladie chez les personnes. Il faut, d'autre part, voir comment ce déclencheur ou ce tronc commun de déclencheurs individuels peut être activé par un processus social fortement associé à la plus ou moins grande carence d'emplois prévalant dans les populations régionales. Ne disposant pas, a priori, des compétences biomédicales permettant d'élucider le premier terme de la démarche, ont été programmés et réalisés, en 1996 et 1997, une quinzaine de séminaires scientifiques mettant à contribution des praticiens et des spécialistes[19] de disciplines telles la génétique, la biologie, la psychiatrie, la médecine de santé publique, la psychologie et l'écologie. La question générale qui se posait

[19] On trouvera, en annexe 4, une liste de personnes rencontrées en expertise et des groupes consultés en validation.

consistait à identifier, le cas échéant, le déterminant qui permette de résoudre le paradoxe apparent qui existe entre l'expression individuelle de la maladie et le caractère tout à fait différent et systématique de son expression à l'échelle des populations régionales.

De façon plus spécifique, la question première qui se posait alors consistait à identifier, à l'échelle des phénomènes biologiques, un *déterminant commun* à l'ensemble des maladies organiques dont souffrent les personnes. L'existence d'un tel déterminant étant vue comme une condition préalable pour comprendre pourquoi certaines populations manifestent une propension à produire, en grande quantité, une diversité de maladies organiques, comparativement à d'autres populations. En second lieu, serait posée la question relative à la nature de la relation existant entre cette ou ces cause(s) éventuelle(s) et le taux d'inoccupation.

2.3.1. L'éclairage de la théorie des maladies multifactorielles sur les déterminants biologiques des maladies organiques

A. La théorie des maladies multifactorielles

À l'évidence, les maladies organiques dont souffrent les personnes sont d'abord déterminées par des facteurs biologiques – endogènes aux individus – et sur lesquels ces derniers n'ont pas d'emprise.

À ce sujet, *la théorie des maladies multifactorielles*[20] soutenue par les généticiens[21], propose une explication au fait que des groupes d'individus exposés à des contraintes similaires verront émerger dans leur sein, une recrudescence anormale de problèmes organiques, tant au plan de l'incidence que de la diversité. D'après ce point de vue, il existe un processus causal et commun à la grande majorité des maladies organiques dont souffrent les personnes.

D'après cette *théorie et de façon évidente*, le premier déterminant des maladies organiques est biologique. Il s'inscrit dans le patrimoine génétique dont chaque individu hérite de ses parents lors de la conception. Les « forces et les faiblesses », ou les prédispositions, qui y sont inscrites agissent comme des conditions nécessaires *mais non suffisantes* à l'émergence des maladies organiques. C'est pourquoi on dit ces maladies « multifactorielles », car il faut au moins deux facteurs pour les déclencher.

Dans les grandes populations – celles des régions, par exemple – la répartition géographique des individus porteurs de ces prédispositions spécifiques, est globalement considérée aléatoire[22]. Par exemple, les phénomènes de consanguinité qui peuvent éventuellement favoriser l'émergence de maladies spécifiques dans certaines populations restrein-

---

[20] Voir à ce sujet : Porter, I.H. «Genetic Aspects of Preventive Medecine», dans Last, J.M. Public Health and Preventive Medecine, pp. 1427-72.

[21] Parmi les généticiens rencontrés, c'est le Dr Marc DeBraekeleer qui a le premier reconnu le rapport entre les faits présentés au chapitre 1 et l'application de la théorie des maladies multifactorielles.

[22] Voir, à ce sujet, BOUCHARD, G. dans **Bioéthique et génétique…**, JCL, 1994, pp. 39-40.

tes, sont noyés dans la masse à l'échelle de la morbidité générale des grandes populations régionales.

Les « faiblesses » inscrites dans le patrimoine génétique dont chaque personne est porteuse, *prédisposent* certaines d'entre elles à diverses maladies spécifiques tout en épargnant d'autres personnes appartenant aux mêmes populations. Il faut cependant noter que, les personnes prédisposées et les autres sont soumises à des déterminants sociaux similaires, selon le territoire où elles habitent.

B. Les déclencheurs des maladies multifactorielles

D'après les spécialistes consultés sur le sujet, il existe, dans les limites des connaissances actuelles, trois (3) déclencheurs principaux ayant la propriété d'activer les « faiblesses » chez les personnes prédisposées en raison de leur patrimoine génétique. *L'exposition chronique, voire cumulative, des personnes à des facteurs de stress, de malnutrition – nutrition inadéquate ou insuffisante – et à des conditions environnementales défavorables – insalubrité et pollution – est reconnue comme une condition suffisante pour provoquer l'émergence de maladies organiques chez tout individu déjà prédisposé biologiquement à celles-ci*.

Or, selon certains spécialistes rencontrés, les types de maladies organiques dont la distribution régionale varie en relation avec le taux d'inoccupation (TI), comptent parmi les maladies organiques susceptibles d'être activées par les trois déclencheurs énumérés.

Dans ce contexte, le rapport entre l'incidence de la consommation de services et le taux d'inoccupation des régions s'expliquerait par l'influence du TI sur la « présence » plus ou moins importante selon les populations, des déclencheurs des maladies multifactorielles.

C. La portée explicative de cette théorie sur les faits mis en évidence

Contrairement à ce qu'on observe à l'échelle des personnes, certaines populations régionales cumulent systématiquement les plus fortes incidences de consommation pour la plupart des maladies organiques en même temps. Alors qu'à l'opposé d'autres populations, en sont davantage épargnées sous tous les aspects. Cette cohérence territoriale de la consommation se vérifie même chez les représentants de tous les groupes d'âge : les enfants, les aînés et les adultes.

Or, à l'échelle du système organique des individus, il n'existe pas de déterminant qui puisse provoquer chez les mêmes personnes, l'émergence simultanée de toutes les maladies organiques, contrairement à ce qui se vérifie à l'échelle des populations. Dans ce contexte, l'expression « état de santé des populations » apparaît fondée, dans la réalité, sur des caractéristiques spécifiques, distinctes de la somme des caractéristiques propres aux individus qui en font partie. À cet égard, comme sur d'autres déjà évoqués, une population doit être considérée comme un objet d'une nature spécifique et non comme la simple collection statistique des individus qui la composent.

De plus, les faits mis en évidence dans la première partie de cet ouvrage corroborent la pertinence des propos des experts consultés en montrant l'existence d'un seuil approximatif dans les taux régionaux de consommation, tel que montré au graphique 10.

GRAPHIQUE 10

On peut donc tracer une ligne de démarcation en deçà de laquelle le niveau de consommation des populations régionales serait, pour l'essentiel, attribuable à des facteurs d'ordre biologique distribués de façon aléatoire entre les individus, quelle que soit leur région d'appartenance. Au-dessus de ce seuil cependant, d'autres facteurs propres aux régions d'appartenance – des facteurs sociaux – interviendraient pour déterminer le niveau de consommation spécifique à chaque population régionale. Là où s'arrêterait l'influence des facteurs strictement biologiques, on retrouve les populations dont le niveau de consommation est le plus faible, Laval dans l'exemple étudié. Là où s'arrêterait l'influence des facteurs sociaux, on retrouve celles dont le niveau est le plus élevé (la Gaspésie), le double des premières.

2.3.2. Les déterminants sociaux agissant sur les déclencheurs des maladies multifactorielles

Il importe ici de cerner les faits structurés qui, en lien avec le manque relatif d'emplois, expliquent et modulent l'intensité des principaux déclencheurs connus des maladies multifactorielles – stress, mauvaise nutrition et environnement défavorable. Les travaux antérieurs menés sur les caractéristiques sociales des populations rendaient possible l'identification de cette partie du processus causal.

A. Le manque d'emploi et la faiblesse du revenu moyen

Le chapitre 1 a montré que le niveau de non-emploi des populations explique *directement* et *indirectement* leur niveau de pauvreté économique, mesuré par le revenu moyen des 15 ans et plus. Il l'explique directement car l'emploi constitue, de loin, la principale source de revenus des populations; il l'explique indirectement lorsque la rareté de l'emploi contraint les personnes à recourir aux paiements de transferts publics (aide sociale, chômage, etc.) comme source de revenus exclusive. Les sources de revenu des populations *autres* que l'emploi et les transferts, apparaissent négligeables et plus uniformément réparties entre les populations.

B. La faiblesse du revenu moyen et l'incidence des personnes financièrement contraintes

Le revenu moyen des populations mesure le rapport entre les masses monétaires disponibles dans les populations, et le volume de personnes qui doivent s'y ajuster pour se procurer les biens et services de toute nature – en particulier les biens et services de première nécessité[23] – pour assumer tous les impératifs et les aléas de la vie courante : les enfants aux études, les réparations et l'entretien du domicile, du véhicule, etc.

Ainsi et à l'*évidence*, une population « pauvre » se distingue d'une population « riche » par une plus forte incidence et donc une plus grande proportion de personnes financièrement limitées et même contraintes face aux nécessités de la vie quotidienne. Cette proportion de personnes contraintes peut même s'amplifier si les revenus disponibles sont, en plus, mal redistribués entre les individus et les familles[24] appartenant aux mêmes populations.

C. Les personnes sous contraintes financières exposées aux déclencheurs des maladies

La proportion de personnes limitées ou contraintes financièrement – qui distingue les populations les une des autres – mesure *l'incidence des personnes exposées aux situa-*

[23] Parmi les biens de première nécessité : le logement, la nourriture, le chauffage, le vêtement, le transport, le loisir.

[24] À cet égard, l'indicateur le plus approprié du niveau de pauvreté des populations est fondé sur le revenu médian, les seuils de faibles revenus étant totalement contre indiqués à l'échelle des régions pour mesurer leur niveau de pauvreté respective.

tions propice à activer les trois déclencheurs des maladies multifactorielles : la chronicité d'exposition au stress, à des problèmes de nutrition et d'environnement. De façon complémentaire, il faut noter que les régions où le TI est plus élevé montrent de plus fortes concentrations de travailleurs oeuvrant dans l'industrie primaire et secondaire; ces personnes sont susceptibles d'être plus exposées, directement, à des conditions environnementales pathogènes.

Comme les facteurs biologiques, les facteurs sociaux échappent à l'emprise des personnes. Mais, contrairement aux déterminants biologiques – endogènes aux individus – les facteurs sociaux relatifs aux populations agissent de façon exogène sur la santé des personnes. Ainsi, selon la population à laquelle elles appartiennent, les personnes déjà prédisposées biologiquement sont exposées, à des niveaux différents, à des conditions faisant en sorte qu'elles deviennent à la fois « pauvres et malades plutôt que riches et en santé ». Ainsi, dans les régions où l'emploi est rare, on trouve systématiquement une plus forte proportion de personnes pauvres et également une plus forte propension de la population à devoir recourir aux services hospitaliers lourds[25].

2.3.3. La chaîne causale entre le niveau de non-emploi et la morbidité

Dans le contexte qui vient d'être décrit, il apparaît logique et évident que le processus qui active l'incidence de la maladie dans les populations – la morbidité – coïncide avec celui qui révèle l'expression même de la maladie à l'échelle des populations, soit leur niveau de consommation de services hospitaliers. Ainsi, les populations régionales dont le niveau de consommation est plus élevé, sont des populations que des facteurs sociaux, déterminés en première instance par la rareté d'emploi, rendent plus malades.

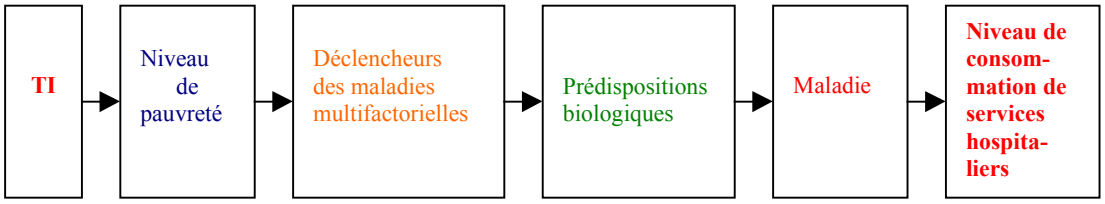
Plus qu'un indicateur du niveau de consommation de services des populations régionales, le taux d'inoccupation (TI) se pose alors comme la mesure exacte de son principal déterminant : au plan théorique, le niveau de non-emploi explique, en première instance, le niveau de pauvreté des populations; ce dernier, en seconde instance, mesure le degré d'exposition des populations aux trois déclencheurs majeurs des maladies multifactorielles; ces déclencheurs sont responsables, en troisième instance, de l'émergence des affections organiques de diverses natures, lorsque, en quatrième instance, les personnes sont déjà biologiquement prédisposées. Ce qui se manifeste, en dernière instance, dans les différences régionales de consommation de services hospitaliers.

Dans ce contexte, le niveau de non-emploi – mesuré par le TI – constituerait le *principal facteur de morbidité* qui différencie les populations régionales les unes des autres : ce que reflète leur niveau de consommation respectif. Dès lors, *sous réserve des analyses qui suivent*, il apparaît pertinent d'avancer, conformément à une définition courante du concept de « morbidité » – soit l'ensemble des causes qui peuvent produire des maladies (Le Petit Robert) – que la corrélation entre le taux d'inoccupation et le niveau de consommation mesure, au-delà de l'association, une relation causale. La contribution

[25] Il faut, à cet égard, remarquer que les personnes ne s'hospitalisent pas elles-même. Ce geste dépend d'une évaluation de leur situation par les professionnels de la santé et par l'arbitrage nécessaire des priorités d'hospitalisation par les établissements de traitement.

explicative du TI, parmi l'ensemble des déterminants possibles du niveau de consommation des populations régionales, est d'ailleurs égale, pour l'année 1993-94, à 82.7 % de la variance du niveau de consommation de services (R^2).

DESCRIPTION DE LA CHAÎNE CAUSALE RELATIVE AU RAPPORT THÉORIQUE ENTRE LE TI ET LE NIVEAU DE CONSOMMATION DES POPULATIONS RÉGIONALES



2.4. Un second déterminant du niveau de consommation de services des populations régionales : la structure d'âge des populations

2.4.1. Les éléments de problématique et les hypothèses

Il est peu vraisemblable, a priori, que le niveau de non-emploi des populations soit l'unique facteur de leur morbidité. De plus, il apparaît, à première vue, prématuré d'établir une relation d'équivalence entre « morbidité » et « consommation hospitalière », si le niveau de consommation est mesuré en taux de jours de courte durée. En effet, les taux de jours consommés pourraient varier d'une région à l'autre pour d'autres motifs que ceux reliés à la santé des personnes. Des raisons d'ordre organisationnel pourraient être en cause : notamment, des pratiques professionnelles et médicales différentielles; l'organisation des services ou la performance des établissements pourraient aussi influencer différemment le taux de jours consommés selon les régions.

Ces deux (2) objections pertinentes doivent trouver réponse dans cet ouvrage. On ne peut, à cette étape, s'attaquer aux raisons d'ordre organisationnel avant d'avoir répondu à la première objection. La ligne directrice que nous suivrons pour aborder ces matières consistera, en premier lieu, à disposer des facteurs explicatifs de la consommation, puis, en second lieu, à traiter de la consommation, comme telle, et des « paramètres » qui la mesurent.

Des indices révélant l'existence d'autres facteurs explicatifs

Même si le TI explique 82.7 % de la variance des niveaux régionaux de consommation, plusieurs indices permettent de poser l'hypothèse de l'existence d'au moins un autre facteur explicatif de la morbidité des populations et, par conséquent, de leur niveau de consommation de services. Au-delà de la variance de la consommation expliquée par le TI, il reste un résidu correspondant à 17.3 % de la variance, à mettre sur le compte d'autres facteurs explicatifs.

Par ailleurs, un indice trace la voie vers un autre élément de réponse. On a vu, au chapitre 1, que le TI mesure, pour chaque région, l'importance des taux de consommation de chaque groupe d'âge : la distribution graphique des taux de consommation ventilés par groupe d'âge trace d'ailleurs *le profil de consommation* des régions; un profil identique pour toutes les régions mais de hauteur inégale selon les régions. D'ailleurs, le TI mesure la hauteur relative des profils régionaux de consommation.

Dans l'éventualité où le profil par groupe d'âge de chaque région rende exactement compte du taux de jours global consommé par sa population totale, on devrait alors conclure que le TI est, à l'échelle des populations, le seul facteur explicatif de leur niveau de morbidité. Par conséquent, les 17 % de la variance encore inexpliquée devraient être attribuables à d'autres facteurs, tels les facteurs de type organisationnels énumérés précédemment. Dans le cas contraire, la « différence » entre le taux global et la somme des taux par groupe d'âge laisse, comme seule autre hypothèse explicative plausible, *la structure d'âge des populations*.

Ce facteur pourrait notamment expliquer pourquoi deux (2) régions, la Gaspésie (11) et le Saguenay–Lac-Saint-Jean (02), ayant deux (2) profils de consommation identiques et presque « parfaitement » égaux l'un à l'autre, groupe d'âge par groupe d'âge, ont, par contre, un taux de consommation global différent. En effet, la population de la Gaspésie a un taux de consommation global plus élevé que celle du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

GRAPHIQUE 11

2.4.2. L'hypothèse d'une influence de la structure d'âge se vérifie

À l'évidence, pour chaque population, le **n**ombre de **j**ours d'hospitalisation consommés par la **p**opulation d'un groupe d'âge « i » est égal au taux de jours consommés par la population de ce groupe d'âge, multiplié par les effectifs de la population du groupe d'âge concerné.

$$NJ_i = \frac{NJ_i}{P_i} \times P_i$$

En découlant, le nombre total de jours consommés par la population d'une région sera égal à la somme des jours consommés par la population de tous les groupes d'âge (16 groupes d'âge, en l'occurrence).

$$NJ = \sum_{i=1}^{16} \frac{NJ_i}{P_i} \times P_i$$

Or, dans cette formule, P_i peut être remplacé par le produit de la population totale régionale (P) multipliée par la proportion que représentent les effectifs du groupe d'âge sur la population totale (pr_i)

$P_i = P \times pr_i$, et alors

$$NJ = P \sum_{i=1}^{16} \frac{NJ_i}{P_i} \times pr_i$$

En divisant les deux membres de l'équation par la population totale (P), on constate alors que le taux de jours (NJ/P) global est égal pour quelle que population que ce soit – régionale ou autre – au produit « membre à membre » des taux de jours (expliqués par le TI) multipliés par la proportion que représente chaque groupe d'âge sur la population totale (pr_i), soit *la structure d'âge de la population*.

$$\frac{NJ}{P} = \sum_{i=1}^{16} \frac{NJ_i}{P_i} \times pr_i$$

En conclusion, une autre caractéristique des populations régionales contribue donc à l'explication de leur niveau de consommation : la structure d'âge de chaque population à un moment donné.

2.4.3. Le choix de « la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus » comme indicateur de la structure d'âge des populations

La représentation de la structure d'âge d'une population par une seule valeur numérique pose une difficulté. En effet, par définition, la somme des proportions que constituent les effectifs de chaque groupe d'âge dans une population totale est toujours égale à l'unité et ne permet donc pas de discriminer les populations plus vieilles des populations plus jeunes. À cette fin, au moins trois indicateurs pouvaient être utilisés, soit l'âge moyen des populations, leur âge médian, ou simplement la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus parmi la population totale (PRA), pour l'année de consommation étudiée.

La troisième option a été retenue à partir de trois (3) critères :

- L'existence d'un haut niveau de corrélation (95 %) entre la proportion de 65 ans et plus et la moyenne d'âge des populations régionales, d'après les données du recensement de 1991.

- Le fait que les 65 ans et plus – environ 11 % de la population du Québec en 1991 – et les moins de 65 ans, consomment presque le même pourcentage de l'ensemble des

jours de courte durée consommés en santé physique; 45 % pour les 65 ans et plus, donc 55 % pour les moins de 65 ans[26].

- Le fait que la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus est déjà utilisée par nombre d'organismes comme indicateur de la structure d'âge des populations.

2.4.4. La portée explicative de la structure d'âge des populations sur le niveau de consommation de services des populations régionales

A. Les résultats

En 1993, le taux d'inoccupation expliquait 82.7 % de la variance du niveau de consommation régionale. Or, la structure d'âge des populations (PRA) ajoute 7.3 % à l'explication, pour un total de 90.03 % de la variance du niveau de consommation des populations régionales expliqué par le TI et PRA, conjointement.

B. Les objections pertinentes

Une première critique peut être posée : si la proportion de personnes âgées (PRA) était introduite dans le modèle *avant* le TI plutôt qu'après, les résultats énoncés ci-haut auraient alors été différents : 36.3 % de la variance aurait été expliquée par PRA (au lieu de 7 %) et 53.7 % par le TI (au lieu de 83 %) pour un total équivalent de 90 %.[27]

La réponse à cette critique : il s'agit d'une objection fondée en théorie, *sauf s'il existe un lien explicatif entre le niveau de non-emploi et la structure d'âge (TI et PRA)*. Le cas échéant, dépendamment de la variable qui influence l'autre, il est possible de déterminer lequel des deux (2) résultats énoncés est conforme à la réalité. D'ailleurs, ce problème et sa solution sont traités au paragraphe 2.5.

La seconde objection repose sur le fait que, par définition, le taux d'inoccupation englobe la quasi totalité des personnes âgées de 65 ans et plus. Dans ce contexte, ces deux mesures sont théoriquement redondantes et cette redondance devrait être mesurée par la corrélation existant entre les deux (2)variables.

En réponse à cette critique : à l'évidence le TI de 1987 ne contient pas intégralement les mêmes personnes âgées que celles qu'on retrouve dans les populations régionales en 1993, car la structure d'âge a changé entre les deux moments. Ainsi, même si la critique est théoriquement fondée, les deux (2) facteurs explicatifs sont dans une large mesure,

---

[26] Cette situation réelle est très voisine de celle qui mesure la variance maximale des proportions, [(0.45 X 0.55) ≅ (0.5 X 0.5)]; soit une situation conservatrice et idéale pour l'utilisation des méthodes statistiques sans risque d'erreur d'interprétation; voir à ce sujet les techniques de mesure des intervalles de confiance des échantillons statistiques.

[27] Ces résultats ont été obtenus en utilisant la technique de la régression multiple. En outre, les réponses apportées à ces questionnements ne sont pertinentes que dans le cas où les variables sont impliquées dans un rapport de causalité. Si tel n'est pas le cas, alors les proportions de la variance mesurées par les variables indépendantes sont établies par une autre procédure : $R^2_{yy}' = (\beta_{1y} R_{1y}) + (\beta_{2y} R_{2y})$.

mutuellement exclusifs dans la réalité. De surcroît, l'influence que les deux (2) indicateurs exercent respectivement sur le niveau de consommation de services, n'est pas de même nature : le TI détermine spécifiquement le niveau de consommation régional pour tous les groupes d'âge – les personnes âgées incluses – alors que PRA mesure le poids qu'il faut donner au TI pour obtenir la meilleure estimation du niveau de consommation des régions, compte tenu de leur structure d'âge respective.

2.4.5. Les facteurs sociaux incluant les facteurs démographiques : responsables de 90 % de la variance du niveau de consommation des populations régionales

Sachant que la proportion de personnes âgées et le taux d'inoccupation rendent respectivement compte de l'importance relative de la *structure d'âge* et *du profil de consommation par groupe d'âge*, sachant aussi que ces deux (2) dernières composantes, ensemble, mesurent algébriquement la totalité du taux de jours consommés par chaque population, alors il ne peut exister d'autres facteurs liés à des caractéristiques de population pour expliquer le niveau de consommation des populations régionales[28]. Dans ce contexte, les 10 % de la variance des taux de jours non encore expliqués, par le TI et PRA, ne peuvent être attribuables qu'à des facteurs explicatifs d'ordre organisationnels.

2.5. L'influence du niveau de non-emploi sur la structure d'âge des populations régionales

2.5.1. L'influence du niveau de non-emploi sur les migrations interrégionales

A. Les éléments de théorie

Plusieurs travaux de recherche réalisés au Québec[29] à partir des années 1980 ont mis en lumière *la relation explicative entre la disponibilité d'emploi, qui distingue les régions entre elles, et la propension systématique des résidents des régions où le niveau d'emploi est chroniquement faible, à émigrer vers les régions où le niveau d'emploi est plus favorable*. Au plan théorique, il s'agit-là de confirmations d'un phénomène qui se vérifie non seulement dans toutes les sociétés humaines, mais aussi chez les espèces animales dans leur rapport aux ressources vitales.

Comme l'ont démontré les chapitres précédents, le niveau d'emploi détermine le niveau de revenu moyen des populations et, ce faisant, la capacité « moyenne » des individus qui en font partie d'acquérir les biens matériels et services nécessaires à l'existence, conformément à la définition du mot *besoin*. Ainsi, et comme cela se constate chez les espèces animales, lorsqu'un milieu n'offre pas les conditions nécessaires à leur existence, les individus émigrent vers d'autres milieux où ces exigences vitales ont plus de chance d'être satisfaites.

---

[28] Compte tenu également des résultats présentés au chapitre 1 sur les indicateurs, et du rapport de causalité entre le TI et les déclencheurs des maladies multifactorielles.

[29] Voir, entre autres, Côté, C., Répartition des ressources sociosanitaires : impacts sur les variables sociosanitaires et sur la migration, M.A.S., 1982, 53 p.

B. Les bilans migratoires interrégionaux comme déterminant de la structure d'âge des populations

Les études réalisées sur le sujet ont également démontré que cette propension des individus à émigrer d'une région à l'autre n'est pas équivalente pour tous les groupes d'âge. En effet, les tendances systématiques observées partagent les populations en deux (2) groupes principaux. D'abord, le groupe formé des personnes âgées de 0 à 15 ans et de 35 ans et plus : celui-ci est davantage captif ou enraciné dans leur milieu donc moins mobiles. Ensuite le groupe des 15-35 ans, un contingent parvenu à la période où l'on accède aux études supérieures et au marché du travail, s'avère beaucoup plus mobiles que le premier. La mobilité géographique des 15-35 ans constitue le principal facteur direct du changement de la structure d'âge d'une population entre deux (2) recensements. Cette mobilité a aussi un effet indirect : en effet, puisque 90 % des bébés naissent d'une mère âgée entre 20 et 35 ans, l'exode des candidats(es) en âge de procréer et de se reproduire contribue radicalement à la chute des naissances et ce, sans égard à la fécondité des candidates à la maternité.

Ainsi, l'exode des jeunes conjugué à la chute des naissances en découlant, déterminent ensemble la vitesse de changement de la structure d'âge des populations – la vitesse de leur vieillissement – mesurable par l'évolution de la proportion de 65 ans et plus (PRA) dans les régions. Dans le temps long, ces facteurs déterminent aussi la vitesse à laquelle ces populations se désintègrent démographiquement, par la perte progressive de leur capacité de remplacement naturel (Côté, C., 1991).

2.5.2. La mesure du bilan migratoire des jeunes en âge de se reproduire

Dans le groupe des 15-35 ans, la mortalité contribue, de façon négligeable, à l'explication des changements observables des effectifs démographiques des populations régionales, entre deux (2) recensements. De surcroît, ce facteur de changement – la mortalité des 15-35 ans – est distribué entre les régions de façon relativement uniforme, de telle sorte que les variations de leurs effectifs régionaux sont essentiellement imputables à leurs bilans migratoires et ce, avec une marge de sécurité de l'ordre de 97 %.

Pour mesurer l'importance des bilans migratoires des jeunes âgés de 15-35 ans, nous avons comparé les effectifs des 20-34 ans sur quatre (4) recensements consécutifs aux effectifs des mêmes cohortes, soit celles des 15-29 ans des recensements tenus cinq (5) ans auparavant. Un bilan positif mesure le volume net de jeunes qui se sont ajoutés à des populations régionales au cours de l'intervalle intercensitaire; un bilan négatif mesure le nombre net de ceux qui ont quitté les autres populations au cours de cette période quinquennale.

Pour chaque région, a été faite la somme des bilans – positifs ou négatifs – des quatre (4) périodes intercensitaires s'échelonnant entre 1971 et 1991. Cette somme correspond aux effectifs nets de personnes différentes, en âge de se reproduire, qui ont quitté une région ou qui s'y sont ajoutées, avant d'avoir atteint l'âge de 35 ans. Ce bilan est conservateur

car il ne tient évidemment pas compte de tous ceux qui auraient quitté leur région d'origine en compagnie de leurs parents, avant d'avoir atteint l'âge de 15 ans.

Cette procédure a permis de confectionner un indice pour mesurer la vitesse de changement de la structure d'âge des régions non imputable au vieillissement naturel et attribuable en majeure partie[30] à la migration interrégionale. Pour chaque région, cet indice est égal au rapport entre la somme des bilans migratoires intercensitaires entre 1971 à 1991, et les effectifs de référence, soit pour chaque région, les personnes de 15 à 29 ans, en 1971. Ainsi mesuré, l'indice a la signification suivante : il est égal au pourcentage de ceux qui, parmi ce groupe, auraient quitté leur région entre 1971 et 1991 dans *l'hypothèse volontairement fictive* où tous ces jeunes auraient cessés de vieillir en 1971, le temps s'étant arrêté de couler jusqu'en 1991. L'indice permet ainsi d'établir globalement l'ampleur des pertes ou gains régionaux, en regard d'une population de référence statique.

2.5.3. Le rapport entre le niveau de non-emploi des régions et la vitesse de changement de la structure d'âge de leur population

Le coefficient de corrélation par rang (rhô de Spearman) entre l'indice mesurant la vitesse d'exode des jeunes et le taux d'inoccupation de 1992 est égal à 86.8 % : globalement, plus le niveau d'emploi est chroniquement faible dans les régions – donc, plus leur population est en besoin – plus importante sera la proportion des jeunes en âge de se reproduire qui quitteront la région comme cela se passe à l'échelle écologique pour les autres espèces animales. Par conséquent, plus la structure d'âge des populations régionales changera rapidement dans la direction d'un vieillissement accéléré, et éventuellement d'une extinction démographique.

[30] Il faut noter que le bilan tient nécessairement compte des personnes entrées dans les régions en provenance de l'extérieur du Québec alors qu'il ne peut, à l'évidence, mesurer la part d'exode des jeunes vers l'extérieur du Québec. Les régions qui perdent leurs jeunes, attirent peu l'immigration étrangère, comme le manifeste le bilan.

GRAPHIQUE 12

On pourrait ici s'interroger sur l'utilisation de corrélations par rang plutôt que des corrélations linéaires pour mesurer la relation entre les deux (2) variables, vitesse d'exode et taux d'inoccupation. Une raison d'ordre théorique et méthodologique l'explique. En effet, les résultats obtenus graphiquement illustrent une particularité des processus migratoires en tout point conforme aux théories explicatives sur le sujet, particularité dont les corrélations linéaires, fondées sur les modèles paramétriques, ne rendent pas compte de façon adéquate : les « push and pull factors ».[31]

La théorie des « push » et des « pull factors » et les constats s'y rapportant

Pour tout individu qui prend la décision d'émigrer, le processus migratoire s'effectue sur deux ordres de critères consécutifs. Les premiers sont établis à partir des raisons qui l'incitent à quitter un endroit (les push factors); les seconds reposent sur les motifs d'aller s'établir dans un endroit plutôt que dans un autre (les pull factors). Les premiers qualifient, en propre, les régions d'exode alors que les seconds qualifient en propre les régions d'accueil.

[31] Voir les modèles de Beale et Lowry dans Edgar M. Hoover, «An introduction to regional economics», A. Knopa, New York, 1971, pp. 161-198.

Ainsi, au Québec pour la période 1971-1991

- De façon systématique, les régions où le niveau de non-emploi (TI) est supérieur à la moyenne provinciale ont un indice d'exode supérieur à 0 alors que les autres ont un indice inférieur à 0, manifestant ainsi leur potentiel d'attraction sur les premières régions.

- Dans les premières régions, la relation entre le TI et l'indice est linéaire : plus le TI est élevé, plus l'indice d'exode est élevé. Il s'agit ici de la manifestation de l'influence des push factors, pour les raisons théoriques évoquées précédemment.

- Dans les régions d'accueil, au contraire, le rapport entre le TI et l'attraction démographique est aléatoire (nulle) : une manifestation de l'influence des « pull factors ». En effet, dans les régions où l'accès à l'emploi est globalement favorable a priori, le choix d'un lieu de résidence se fonde sur tout autre critère de préférence que ceux qui président à l'accès aux biens de première nécessité – « ces choses considérées nécessaires à l'existence et que l'on obtient par de l'argent ». Dans ce cas, le choix découle de critères tels l'environnement physique et « social », la proximité du lieu de travail ou même l'éloignement des zones achalandées, la proximité de proches parents, etc.

2.5.4. En synthèse : l'influence du taux d'inoccupation de 1987 (TI) sur la proportion de personnes âgées par région, en 1993 (PRA)

L'ensemble de ces constats implique nécessairement que la corrélation de 39 % entre le TI et la proportion de personnes âgées – deux déterminants du niveau de consommation de services des populations régionales que nous avons déjà associée à la mesure de leur niveau de morbidité – n'est pas fortuite.

Le « problème » de multicolinéarité statistique révélé par la corrélation entre ces deux (2) variables indépendantes du niveau de consommation, implique, en réalité, l'existence *d'un lien causal* entre ces mêmes variables. Un lien causal où le TI influence la vitesse relative de changement de la structure d'âge des populations et conséquemment la vitesse à laquelle s'accroît la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus dans les régions entre deux (2) recensements et ce, distinctement du vieillissement naturel des personnes.

En effet, dans une population où les aînés sont stables et où les jeunes émigrent, la proportion de personnes âgées s'accroîtra à l'évidence rapidement, a fortiori si une telle situation prévaut sur une longue période.

Ceci permet également de trancher le dilemme théorique évoqué précédemment concernant la contribution explicative du taux d'inoccupation (TI) et de la proportion de personnes âgées (PRA) sur la variance du taux de consommation de services. En réponse à la question restée pendante, le TI explique 82.7 % de la variance du niveau de consommation et PRA ajoute 7.3 % d'explication, pour un total de 90.03 %, en 1993.

GRAPHIQUE 13

2.6. Le développement du modèle explicatif des niveaux régionaux de consommation de services

2.6.1. Un premier bilan aux plans théorique et méthodologique

A. Au plan théorique

- Le niveau de non-emploi (NE) des populations régionales détermine leur niveau de morbidité (M), par l'intermédiaire du niveau de pauvreté et de l'influence qu'exerce celui-ci sur les déclencheurs des maladies multifactorielles : situation chronique de stress, d'insuffisance alimentaire, d'exposition à des environnements défavorables. Ces déclencheurs agissent sur les personnes en fonction de leurs prédispositions biologiques. La morbidité d'une proportion plus ou moins grande de personnes affectées au sein des populations, détermine leur niveau respectif de consommation.

- La structure d'âge des populations (SA) influence également leur niveau de consommation; mais, à cette étape, rien ne permet d'avancer, au plan théorique, que la struc-

ture d'âge contribue à expliquer la morbidité des populations. Cette hypothèse reste encore à vérifier.

- Le niveau de non-emploi (NE) détermine la vitesse du changement de la structure d'âge des populations (SA), attribuable à d'autres facteurs que le vieillissement naturel des personnes.

B. Les correspondances au plan méthodologique

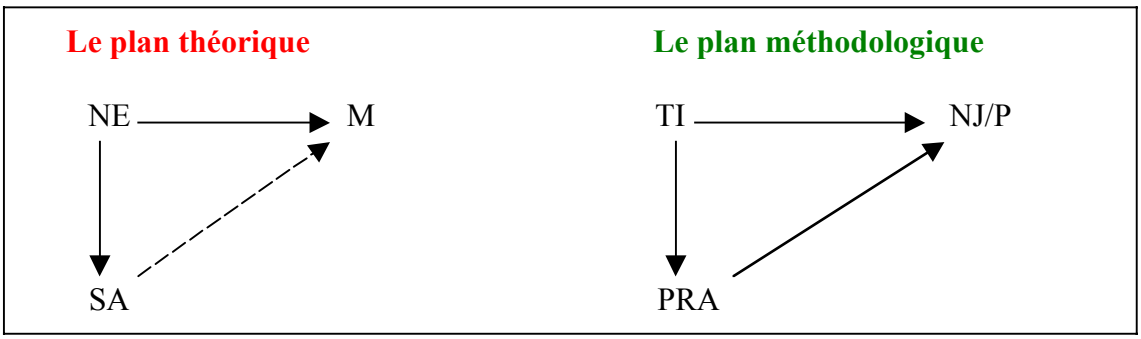
Les relations identifiées, au plan théorique, correspondent à la formalisation suivante au plan méthodologique.

- Dans chaque population régionale, le taux d'inoccupation (TI) influence le taux de jours consommés, soit le nombre de jours d'hospitalisation divisé par les effectifs de la population (NJ/P).

- La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus dans les populations (PRA) influence le nombre de jours consommés, en moyenne, par personne (NJ/P).

- Le taux d'inoccupation (TI) influence la proportion de personnes âgées (PRA).

C. Première ébauche d'un modèle explicatif



Les corollaires de ce modèle impliquent que le niveau de pauvreté, la vitesse à laquelle des populations régionales perdent la capacité de remplacement naturel et la morbidité des mêmes populations constituent trois effets interreliés et attribuables à un déterminant commun : la chronicité des niveaux de non-emploi de certaines populations régionales comparativement aux autres.

Dans ce contexte, les trois effets sont autant de manifestations d'un même besoin social : une carence chronique relative « aux choses considérées nécessaires à l'existence des *populations* et que l'on obtient aussi avec de l'argent », soit un niveau d'emploi raisonnable.

D. Critique du modèle théorique

Le concept de « morbidité » a déjà été défini par les « causes qui peuvent produire les maladies ». Dans ce contexte, il serait sémantiquement erroné d'établir, d'emblée, une équivalence entre la morbidité et la consommation de services, variable dépendante de deux (2) causes présumées (NE et SA). Tel qu'évoqué dans le cas de l'espérance de vie, la morbidité ne coïncide pas avec la consommation de services hospitaliers, au plan conceptuel.

En réponse à cette objection, il est vrai que le concept de morbidité réfère aux causes de la maladie. Mais il est également vrai que le même concept se définit aussi par « le nombre relatif [la proportion] de [personnes] malades dans un groupe donné [une population] pendant un laps de temps donné » (voir le Petit Robert). On constate donc que le *concept de morbidité s'applique à la fois aux causes et aux effets démographiques de la maladie*.

Et dans le contexte où, abstraction faite des prédispositions biologiques, le niveau de non-emploi et la structure d'âge des populations semblent constituer les deux seuls déterminants possibles du niveau de consommation de services hospitaliers attribuables aux caractéristiques des populations régionales, alors cette critique apparaît non fondée. Par ailleurs, l'influence de la structure d'âge sur la morbidité des populations reste à vérifier et si telle hypothèse ne pouvait être soutenue, il faudrait alors en déduire et conclure que le niveau de non-emploi est le seul facteur explicatif du niveau de morbidité des populations régionales.

E. Critiques du modèle méthodologique

À ce qui vient d'être énoncé, on pourrait objecter que le taux de jours consommés en milieu hospitalier ne mesure pas explicitement l'incidence des personnes malades dans les populations régionales : on ne peut donc, à prime abord, établir d'équivalence entre la morbidité des populations et les taux de jours d'hospitalisation consommés par ces dernières. On peut aussi objecter que les personnes hospitalisées ne comprennent pas l'ensemble des personnes malades d'une population donnée, pour une période de temps déterminée.

En réponse à ces objections, s'il est vrai que le taux de jours consommés en milieu hospitalier n'est pas égal à la proportion de personnes hospitalisées d'une population, il est vrai aussi que les taux de jours consommés sont essentiellement un attribut des personnes hospitalisées. Ce faisant, s'il est vrai que les taux de jours sont en partie explicables par des facteurs organisationnels – tels la performance d'établissement, etc. – il faut se rappeler que ces facteurs expliquent, tous ensemble, *moins de 10 % de la variation interrégionale des taux de jours* consommés. Ce qui sera démontré plus explicitement dans les prochains paragraphes.

Par ailleurs, en regard de l'objection sur l'inégalité entre le taux de personnes malades et le taux de personnes hospitalisées, celle-ci renvoit à un questionnement plus fondamental : celui de l'existence d'une ligne de démarcation, d'un seuil permettant d'établir la

différence entre une simple indisposition organique – un rhume, une indigestion, une éraflure, une migraine passagère, un malaise au lendemain d'une soirée trop bien arrosée– et un trouble organique suffisamment sérieux, développé et observable chez une personne pour qu'un tiers, un professionnel de la santé ayant les compétences requises pour diagnostiquer l'état de santé physique des individus, prenne la décision de retirer cette personne dans un milieu approprié, le milieu hospitalier, pour qu'elle y reçoive les soins exigés par son état.

Cette ligne de démarcation peut se situer au niveau de l'hospitalisation qui correspond à une *décision* de consommation de services qui ne relève pas de la personne qui consomme, mais plutôt de la décision d'un tiers professionnel dont la compétence médicale a été préalablement sanctionnée. La personne hospitalisée est donc retirée temporairement de son milieu naturel, suite à la décision prise par un tiers ayant seul les compétences requises pour juger du bien-fondé d'une telle décision. À notre point de vue, ce sont là deux (2) critères qui permettent de distinguer ce type de consommation, de toutes les autres telles la consultation en cabinet privé parce qu'on se sent mal, ou celle d'acheter un médicament, sans ordonnance, contre les symptômes d'un rhume.

F. Une objection plus fondamentale touchant le modèle méthodologique

Partant de la réponse qui précède, il apparaît logiquement impossible que le taux d'inoccupation (TI) et la proportion de personnes âgées (PRA) influencent *directement* le taux de jours consommés. En effet, les hospitalisations et leurs conséquences relèvent, en première instance, de décisions distinctes et individuelles arrêtées exclusivement par des professionnels de la santé. On doit donc, à l'évidence, constater que les deux (2) modèles, théorique et méthodologique, sont clairement incomplets[32]. Une telle critique permet même de mettre au jour l'existence d'un modèle explicatif, d'un autre type, qui – sans expliquer le niveau de consommation par des facteurs sociaux, des caractéristiques de populations indépendantes des pratiques professionnelles ou hospitalières – l'explique et le mesure à 100 % par des facteurs autres que sociaux précisément. Des facteurs qui s'inscrivent essentiellement dans les pratiques propres au secteur de la santé en général, et au milieu hospitalier en particulier.

2.6.2. Le développement du modèle explicatif « sanitaire »[33]

Les concepts

Le nombre de jours d'hospitalisation consommés, en moyenne, par une population quelconque (NJ/P) s'explique et se mesure entièrement par le produit de trois (3) facteurs : l'incidence de bénéficiaires de la population, les taux de réhospitalisation par bénéficiaire, les durées moyennes de séjour par admission hospitalière.

---

[32] En effet, comment des facteurs sociaux tels que TI et PRA peuvent-ils rendre compte des taux de jours, sans avoir à rendre compte de la propension des médecins à hospitaliser ou réhospitaliser les personnes qui consomment les jours d'hospitalisation?

[33] Ce modèle est dit «sanitaire» en ce qu'il réfère aux caractéristiques même du système de santé. Il est présenté ainsi pour le distinguer du modèle social présenté au point 2.6.1.

- *L'incidence des bénéficiaires* par population est égal au rapport entre le nombre de personnes différentes ayant été hospitalisées au moins une fois au cours d'une période annuelle, et l'effectif global de la population considérée (NB/P).

- *Le taux de réhospitalisation* (TRH) est égal au rapport entre le nombre d'admissions hospitalières – les cas d'hospitalisation – et le nombre de bénéficiaires originaires de chaque région, pour la même période TRH = NCas/NB.

- *La durée moyenne de séjour* (DUR) est égale au nombre de jours de courte durée consommés, en moyenne, par admission en milieu hospitalier DUR = NJ/NCas.

Démonstration algébrique de la mesure du taux de jours (NJ/P) par le produit des trois (3) concepts

Incidence des bénéficiaires	×	Taux de réhospitalisation	×	Durée moyenne de séjour	=	Taux de jour par population
$\frac{NB}{P}$	×	$\frac{NCas}{NB}$	×	$\frac{NJ}{NCas}$	=	$\frac{NJ}{P}$

Les relations logiques et explicatives entre les trois concepts

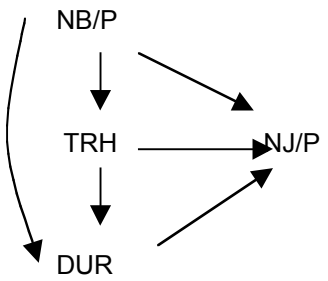
- Les décisions arrêtées par des professionnels de la santé d'hospitaliser les personnes malades précèdent leur hospitalisation et leur durée de séjour.

- L'hospitalisation des personnes précède leur durée de séjour en milieu hospitalier.

Le modèle « sanitaire » pour expliquer le niveau de consommation de services des populations régionales

Compte tenu des concepts et de leurs relations, on peut donc représenter comme suit ce modèle qui décrit à 100 % les niveaux régionaux de consommation.

Le modèle sanitaire



2.6.3. Synthèse des modèles explicatifs « social » et « sanitaire » : le développement d'un modèle explicatif sociosanitaire

Les deux (2) modèles – présentés en 2.6.1 et 2.6.2 – sont explicatifs de la même variable, soit le nombre de jours consommés par population (NJ/P). Le modèle « social » explique cette variable par deux (2) déterminants présumés du niveau de morbidité des populations régionales (TI et PRA). Le modèle « sanitaire » l'explique, sous un autre angle, par l'*ensemble* des activités sanitaires qui sous-tendent la fonction d'hospitalisation des personnes affectées par des maladies organiques, notamment :

- Des actes professionnels débouchant sur la décision d'hospitaliser, ou non, des personnes, une ou plusieurs fois au cours d'une période définie : la pratique médicale.

- Des facteurs organisationnels pouvant entraîner, pour une même personne, une suite d'hospitalisations, dans un laps de temps défini : par exemple, le fait pour une personne de devoir amorcer sa convalescence dans un centre hospitalier autre que celui où certains soins intensifs lui auraient été dispensés.

- Enfin, dans chaque cas d'admission hospitalière, une *durée de séjour* plus ou moins longue en milieu institutionnel variant en fonction de la gravité des états, de la disponibilité de « ressources alternatives » ou encore d'autres facteurs.

Face à ces deux (2) modèles, se pose l'alternative suivante :

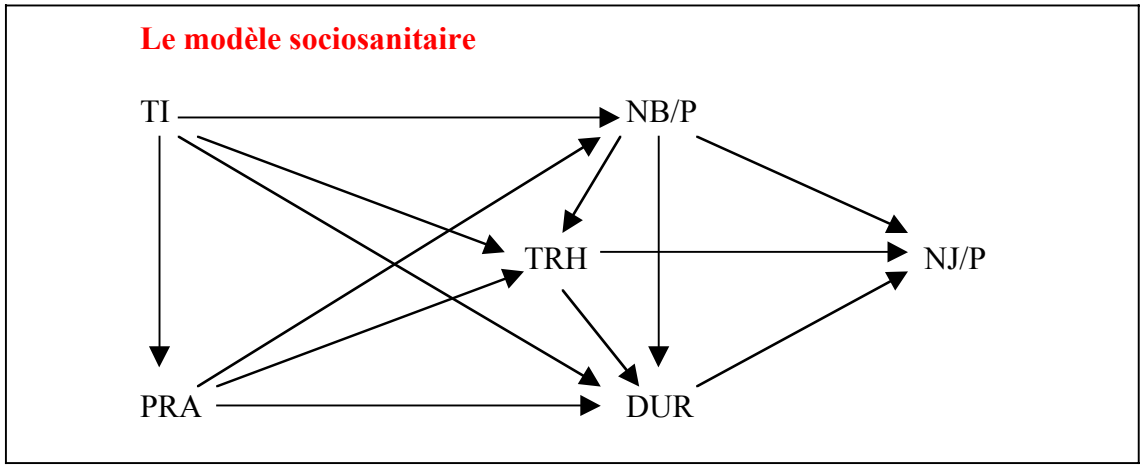
- L'un des deux (2) modèles est fondé théoriquement et statistiquement, alors que l'autre ne l'est pas.

- Les deux (2) modèles sont fondés théoriquement et dans la réalité, mais l'un des deux (2) est lui-même explicatif de l'autre.

Le premier volet de l'alternative, s'il était vrai, poserait le problème suivant. Comment les déterminants sociaux des taux de jours peuvent-ils déterminer ceux-ci sans être capable de rendre compte des facteurs statistiquement valables qui fondent la consommation, telles l'incidence des personnes hospitalisées, leur durée de séjours, leur propension à la réhospitalisation? Il apparaît, a priori, évident qu'il faille écarter l'idée d'une non-correspondance entre les deux (2) modèles. Si le modèle social ne peut rendre compte du modèle sanitaire, il faudrait alors comprendre que le modèle social est non valide et que, par conséquent, il n'y a probablement pas de facteurs appartenant en propre aux populations pour expliquer leur état de santé.

Le second volet de l'alternative suppose donc *nécessairement* que chacun des facteurs sociaux (TI et PRA) influence chacun des facteurs du modèle sanitaire (NB/P, TRH et DUR). L'inverse est difficilement imaginable, du moins de façon significative. Cette fusion des deux (2) modèles impliquerait que les déterminants présumés de la morbidité influencent nécessairement la réponse institutionnelle à la maladie : les décisions

d'hospitaliser ou non, les fréquences de réhospitalisation et les durées de séjour. Ainsi, chaque variable explicative du modèle « sanitaire » serait elle-même influencée par chacune des deux (2) variables du modèle « social » et ceci nécessairement.[34] En fait, le modèle « sanitaire » est intercalé dans le modèle social pour constituer avec celui-ci *le modèle sociosanitaire*.



Compte tenu des mises au point qui précèdent et sous réserve des vérifications présentées plus loin, le modèle rend compte explicitement du niveau de morbidité des populations régionales, au sens où ce concept est défini par « le nombre relatif (la proportion) de personnes malades dans une population » (Le Petit Robert). Il s'agit donc d'une influence spécifique qu'exercent théoriquement les variables TI et PRA sur la variable « incidence des bénéficiaires », soit le taux de personnes différentes ayant été hospitalisées au moins une (1) fois au cours d'une année dans une population (NB/P)[35].

Critique du modèle sociosanitaire au plan théorique

D'autres facteurs, *exogènes* au modèle ceux-là, doivent nécessairement influencer les variables du modèle. Ainsi :

- À l'évidence, *ni le niveau de non-emploi, ni le taux d'inoccupation n'ont d'existence autonome dans la réalité*. Ils sont eux-mêmes les effets d'autres facteurs qui contribuent à en fixer la valeur, pour chaque population, à un moment donné.

- La structure d'âge des populations influence les autres variables du modèle, alors que le niveau de non-emploi influence spécifiquement la vitesse de changement de cette structure d'âge des populations. Alors qu'en est-il par exemple des facteurs historiques qui ont dans le temps long contribué à modeler la structure d'âge d'une popula-

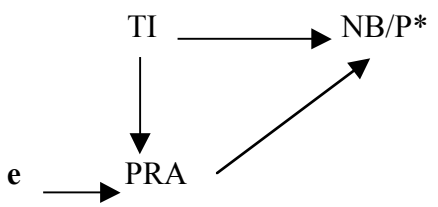
[34] Le chapitre suivant qui traite de la démonstration du modèle causal, traite aussi des éléments qui attestent du bien-fondé de cette déduction logique. En particulier, concernant la mesure des influences exercées par chaque variable du modèle, sur chacune des autres variables.

[35] La vérification de ce lien théorique apparaît au chapitre suivant portant sur la vérification du modèle : il y est démontré que, seul, le TI influence significativement la morbidité des populations.

tion et qui contribuent, par-là, implicitement à l'explication des autres variables du modèle explicatif? En effet, dans le cas de la structure d'âge, outre les vitesses différentes de changement de cette structure d'âge imputables au niveau d'emploi, il est clair que *l'état historique du peuplement* à un moment donné explique *aussi* les différences de structure d'âge entre les populations régionales.

- Cet état historique s'avère donc la variable exogène(**e**) contribuant à fixer la valeur de PRA pour chaque région et à déterminer une influence – indépendante du TI – agissant sur les autres variables du modèle.

Illustration de l'influence d'une variable exogène (e)



Où NB/P subit implicitement l'influence exercée par une variable exogène (**e**) sur PRA et où **e** réfère à l'historique du peuplement des populations régionales.

- En regard de chacune des autres variables du modèle – l'incidence de bénéficiaires (NB/P), les taux de réhospitalisation (TRH), les durées moyennes de séjour et même les taux de jours consommés (NJ/P) – n'existerait-il pas, dans chaque cas, au moins une variable « cachée » et exogène susceptible d'exercer, comme pour la structure d'âge, une influence implicite sur les autres variables du modèle?

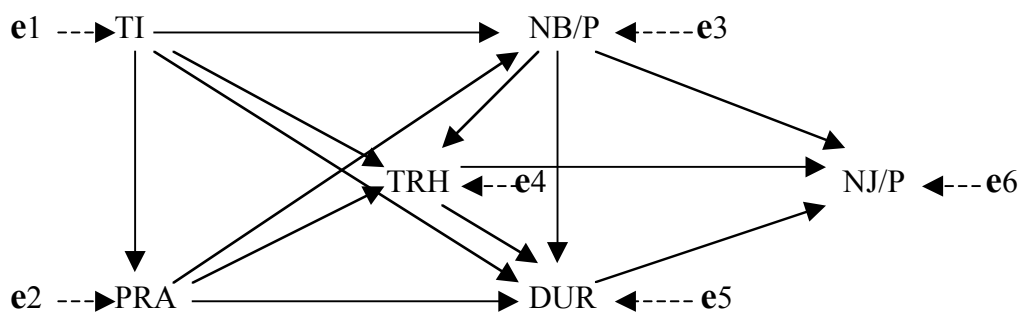
2.6.4. Les variables exogènes qui influencent le modèle sociosanitaire

Dans la vérification du modèle sociosanitaire, aucune variable dépendante d'une ou de plusieurs autres variables indépendantes n'est expliquée par ces dernières à 100 %. En preuve, aucune corrélation entres les variables n'est égale à 100 %. Ce résidu non expliqué par l'influence des variables indépendantes est donc *nécessairement* attribuable à l'influence de variables *exogènes* « **e** » agissant sur chacune des variables du modèle. D'ailleurs, au plan méthodologique, ce sont ces variables exogènes qui sont, en définitive, responsables de l'accroissement de la variance totale expliquée par l'ajout cumulatif d'une variable indépendante dans le modèle explicatif général.

Ainsi, l'ajout de PRA dans le modèle n'accroît la variance expliquée du niveau de consommation, que dans la mesure où une partie de l'influence de PRA n'est pas elle-même dérivée de l'influence du TI sur PRA : en effet, la variance du niveau de consommation expliquée par le TI comprend toutes les influences directes et indirectes de TI. Donc la part d'explication additionnelle obtenue par l'inclusion de PRA dans le modèle est due uniquement à **e**. En fait, *les variables exogènes sont les véritables variables expli-*

catives du niveau de consommation de services alors que les variables du modèle en sont les
« supports ». L'ajout de ces variables exogènes permet de compléter le modèle explicatif et final du niveau de consommation des populations régionales.

Description du modèle final



Les variables exogènes sont :

e1 = L'ensemble des causes qui, de l'extérieur du modèle contribuent à déterminer le niveau de non-emploi des régions : les décisions à incidence économique *incluant les modes de répartition des fonds publics entre les régions*.

e2 = *L'historique du peuplement des régions*, soit le seul facteur possible qui, ajouté à la vitesse de changement de la structure d'âge déjà expliquée par le TI, détermine, en totalité, la structure d'âge des populations régionales à un moment donné.

e3 = Les différences de *pratique professionnelle* (médicale) en usage dans les régions de traitement. Ce facteur, conjointement avec la pauvreté des populations expliquée par le TI et présumément avec leur structure d'âge mesurée par PRA, contribue à expliquer, en totalité, l'incidence du nombre de bénéficiaires hospitalisés provenant de chaque région (NB/P).

e4 = Les différences régionales mettant en cause *l'organisation des services* des régions s'ajoutent aux trois (3) facteurs précédents, pour expliquer, en totalité, le taux de réhospitalisation des clientèles dans les populations régionales. *À titre d'exemple*, les déséquilibres en disponibilité de lits courte et longue durée.

e5 = Les différences mettant en cause *la performance des établissements*, de concert avec les quatre (4) facteurs précédents du modèle, contribuent à expliquer, en totalité, la durée moyenne de séjour des clientèles hospitalisées.

e6 = *L'erreur attribuable à la méthode*. Tel que démontré, le taux de jours est à 100 % égal au *produit* de trois (3) variables, alors que la seule méthode utilisable pour rendre compte de l'ensemble du modèle est fondée sur *l'addition* du poids des facteurs par la régression multiple. En découle une légère distorsion entre la réalité étudiée

et le résultat obtenu par régression (réf. : le principe d'isomorphie des méthodes). Cette erreur est techniquement corrigible en exprimant les valeurs des trois (3) variables explicatives sous forme logarithmique – ce qui n'a pas été fait compte tenu du caractère négligeable de cette erreur. Ceci sera démontré au chapitre suivant.

2.7. Résumé du modèle explicatif théorique

A. Les concepts impliqués

Le modèle théorique développé pour expliquer la nature du rapport entre le niveau d'emploi et le niveau de consommation de services est un modèle causal applicable à de grandes populations; il tient compte des facteurs biologiques (génétiques) susceptibles d'expliquer les maladies organiques, des facteurs économiques et « socioéconomiques » susceptibles d'expliquer le déclenchement de la maladie, de même que des impacts démographiques sur le vieillissement des populations. Il intègre, également, les divers aspects par lesquels la consommation de services doit être étudiée : les personnes, les cas, les jours. Il prend enfin en compte les principaux facteurs qui peuvent, par ailleurs, influencer le fonctionnement des réseaux de services : les pratiques professionnelles, l'organisation des services et la performance des établissements.

La pertinence des principaux concepts mis en relation dans ce modèle explicatif, a été démontrée algébriquement. Le modèle mesure, en totalité, le taux de jours consommés. Ainsi, pour chaque région, le taux de jours totaux consommés (NJ/P) est égal :

- *Au plan social*, à la somme des produits membre à membre des taux de jours consommés par groupe d'âge, multipliés par la proportion que représentent les effectifs de chaque groupe d'âge sur la population totale (pr_i) :

$$\frac{NJ}{P} = \sum_{i=1}^{16} \frac{NJ_i}{P_i} \times pr_i$$

- *Au plan sanitaire*, au produit de l'incidence des bénéficiaires (NB/P), des taux de réhospitalisation (TRH) et des durées moyennes de séjour (DUR).

$$NJ/P = NB/P \times TRH \times DUR$$

B. Les relations entre les concepts

Les relations ont été établies, d'une part, sur la base des théories reconnues et admises dans les domaines scientifiques pertinents. D'autre part, les relations principales ont été vérifiées statistiquement sur la base des données primitives, notamment le rapport de causalité entre le niveau de non-emploi et la pauvreté, et la vitesse de changement de la structure d'âge des populations. Plusieurs autres relations se déduisent logiquement et nécessairement, compte tenu de la nature même des concepts impliqués.

3. LA VÉRIFICATION DU MODÈLE EXPLICATIF : CONFRONTATION AVEC LA RÉALITÉ

Retour à la tdm.

3.1. Les deux ordres de vérification du modèle explicatif

Ce chapitre traite de la vérification du modèle théorique. Celui-ci y est soumis à deux (2) niveaux de vérification comprenant :

- La vérification des éléments « sémantiques » du modèle, soit la vérification mathématique de la *mutuelle exclusivité* de la contribution de chaque variable explicative à l'explication de la variance de *chaque* variable dépendante. Un des résultats dérivé de cet exercice est la mesure de chacune des six (6) variables exogènes pour chacune des quatorze (14) régions.

- La vérification des relations « syntaxiques » entre les variables. Il s'agit ici de vérifier mathématiquement *la causalité des relations* existant entre les variables du modèle. Un des résultats dérivé de cet exercice départage l'influence réelle et respective du niveau de non-emploi et de la structure d'âge sur le niveau de morbidité des populations régionales.

3.2. La vérification des éléments sémantiques : la mesure mathématique de la contribution des variables indépendantes à la prédiction des variables dépendantes

3.2.1. Les étapes

Avant de décrire la marche à suivre, il importe de rappeler ici que ce sont les variables exogènes qui constituent les véritables facteurs explicatifs du modèle, conformément à l'énoncé théorique du paragraphe 2.5.4.

A. Le positionnement des variables dans le modèle détermine l'*ordre* dans lequel chacune ajoute une contribution supplémentaire à l'explication de la variance des taux de jours (NJ/P). Ainsi, TI occupe le premier rang (1) de la séquence, PRA le deuxième (2), puis viennent dans l'ordre NB/P (3), TRH (4), DUR (5), jusqu'à NJ/P qui occupe le sixième rang (6).

B. En utilisant la *régression multiple*, on mesure d'abord, pour l'ensemble des régions, la valeur estimée ou prédite des taux de jours, en ajoutant successivement à chaque fois une nouvelle variable indépendante, selon l'ordre établi. Ainsi, le taux de jours est prédit (Y′) par cinq (5) équations successives. La dernière valeur ajoutée à cette suite correspond au taux de jours réel (Y).

Six (6) équations « emboîtées » successivement pour décrire le niveau de consommation de services des populations

$Y'_1 = B_0 + (B_1 \times TI)$

$Y'_2 = B_0 + (B_1 \times TI) + (B_2 \times PRA)$

$Y'_3 = B_0 + (B_1 \times TI) + (B_2 \times PRA) + (B_3 \times NB/P)$

$Y'_4 = B_0 + (B_1 \times TI) + (B_2 \times PRA) + (B_3 \times NB/P) + (B_4 \times TRH)$

$Y'_5 = B_0 + (B_1 \times TI) + (B_2 \times PRA) + (B_3 \times NB/P) + (B_4 \times TRH) + (B_5 \times DUR)$

Y = le taux de jours réel = NJ/P

Dans les cinq (5) premières équations, « B » correspond à un coefficient de régression, c'est-à-dire au poids optimal qu'il faut attribuer à chaque variable indépendante – ce poids étant constant dans chaque équation – pour estimer la variable dépendante Y′. Chaque variable dépendante ou indépendante Y′, TI, PRA, etc. varie évidemment d'une région à l'autre, par définition.

C. On mesure ensuite la valeur prédictive de chaque équation : cette mesure est obtenue en élevant à la deuxième puissance (au carré), le coefficient de corrélation multiple existant entre la variable réelle Y et chaque estimation de celle-ci, Y′. La dernière valeur de cette suite correspond à la corrélation entre la variable réelle Y et elle-même, dont le résultat est nécessairement égal à 1.
$R^2yy'_1$, $R^2yy'_2$, --------, R^2yy

D. Ensuite en mesurant les différences successives entre les R^2, on peut mesurer la part d'explication de la variance totale des taux de jours, ajoutée globalement par chaque variable du modèle. Or, cet ajout successif de prédictivité est spécifiquement et nécessairement attribuable à chacune des variables *exogènes* qui influence une et une seule des variables du modèle. Le « résidu » des influences subies par chaque variable exogène est nécessairement attribuable à l'influence exercée par les autres variables du modèle.

3.2.2. Les résultats mesurés

- Le TI (égal à $\mathbf{e}_1$) explique *82.7 %* de la variance du taux de jours (NJ/P).

- L'historique du peuplement ($\mathbf{e}_2$), qui influence PRA explique *7.3 %* de la variance des taux de jours.

- Les pratiques professionnelles différentielles ($\mathbf{e}_3$), qui influencent NB/P, expliquent *3.5 %* de la variance des taux de jours.

- L'organisation des services ($\mathbf{e}_4$), qui influence TRH, explique *2.7 %* de la variance des taux de jours.

- La performance des établissements ($\mathbf{e}_5$), qui influence DUR, explique *3.7 %* de la variance des taux de jours.

- *L'erreur du modèle* ($\mathbf{e}_6$), qui influence NJ/P, explique *0.1 %.*

Ainsi, les six (6) variables exogènes expliquent 100 % de la variance du modèle.

3.2.3. Un corollaire : la mesure des variables exogènes pour chaque région

En établissant pour chaque région les différences successives entre les valeurs prédites à partir des équations de régression (les Y′), on mesure six (6) nouvelles variables exprimées en taux de jours de courte durée, et correspondant à chacune des six (6) variables exogènes énumérées. Par exemple, pour chaque région, le taux de jours consommés en courte durée imputable à l'« historique du peuplement » ($\mathbf{e}_2$) est égal à $Y'_2 - Y'_1 = \mathbf{e}_2$. De même, le taux de jours imputable à la performance des établissements ($\mathbf{e}_5$) est égal à $Y'_5 - Y'_4 = \mathbf{e}_5$.

Ces nouvelles variables pourraient ensuite permettre d'établir, pour chaque région, le coût spécifique attribuable à chaque facteur explicatif. Par exemple, $\mathbf{e}_5$ multiplié par la population de chaque région est égal au nombre de jours de courte durée attribuable à la performance des établissements des régions de traitement. Ce résultat lui-même multiplié par le coût moyen d'une journée d'hospitalisation en courte durée – soit environ 450$ – permet de reproduire approximativement les valeurs financières correspondantes.

TABLEAU 4

DISTRIBUTION PAR RÉGION DES JOURS DE COURTE DURÉE IMPUTABLES À CHAQUE VARIABLE EXOGÈNE POUR 1993-94

Régions	TI de 1987 (e1)	Historique du peuplement (e2)	Pratiques différentielles (e3)	Organisation des services (e4)	Performance des établissements (e5)	Erreur du modèle (e6)	Total prédit = consom-mation réelle
1	222,625	358	6,568	–11,246	3,051	385	221,741
2	309,867	–15,984	–10,117	8,429	15,980	1,267	309,442
3	600,179	15,316	–26,680	–15,230	34,604	–4,804	603,386
4	457,990	25,890	1,558	18,680	–8,261	–198	495,659
5	258,742	13,824	–165	12,632	4,128	982	290,143
6	1,571,663	186,584	8,146	–6,948	–2,439	–10,354	1,746,652
7	223,508	–10,420	2,698	9,450	–3,393	–140	221,704
8	153,694	–8,905	8,860	2,534	–3,260	–2,007	150,915
11	137,052	–20	–467	–10	–4,877	679	132,357
12	321,279	9,008	11,461	–9,382	5,881	755	339,001
13	241,644	–3,217	–10,471	–5,082	–13,370	2,831	212,334
14	294,530	–21,126	636	232	8,181	–344	282,109
15	373,408	–10,966	–25,211	–9,739	–20,523	–3,376	303,593
16	929,540	–16,058	43,577	–20,006	9,232	11,351	957,636

3.2.4. La vérification des concepts

A. Tel que le stipule le modèle théorique final, il ne devrait exister, en principe, aucune relation entre les variables *exogènes* du modèle, celles-ci devant être mutuellement exclusives. Or, cette hypothèse a été confirmée globalement, et en détail, en dressant la matrice de corrélation entre les six (6) variables exogènes prises deux à deux. Le tableau suivant présente le résultat.

MATRICE DE CORRÉLATION ENTRE LES VARIABLES EXOGÈNES

	e_1	e_2	e_3	e_4	e_5	e_6
e_1	**1**	0	0	0	0	0
e_2	0	**1**	0	0	0	0
e_3	0	0	**1**	0	0	0
e_4	0	0	0	**1**	0	0
e_5	0	0	0	0	**1**	0
e_6	0	0	0	0	0	**1**

Ce résultat confirme mathématiquement le caractère consistant et mutuellement exclusif des variables impliquées dans le modèle. En effet, il corrobore l'incongruité d'une rela-

tion pouvant impliquer, par exemple, l'historique du peuplement et la performance des établissements. Il corrobore aussi la mutuelle exclusivité des autres concepts utilisés, tels les pratiques professionnelles, l'organisation des services, etc.

B. Un corollaire de ce résultat : si le modèle explique 100 % de la variance des taux de jours, il doit, par conséquent, expliquer de la même manière la totalité de la variance de chacune des variables indépendantes et explicatives de cette variable dépendante. Ce corollaire a effectivement été vérifié par la technique de la régression multiple. Par exemple, pour chaque région il n'existe aucun écart entre l'incidence de bénéficiaires (NB/P) et l'incidence estimée à l'aide de l'équation suivante où la variable $\mathbf{e}_3$, soit les pratiques professionnelles différentielles, est introduite comme variable explicative de NB/P.

$$Y' = B_0 + (B_1 \times TI) + (B_2 \times PRA) + (B_3 \times \mathbf{e}_3)$$
$$Y' = NB/P$$

En procédant de la même manière pour chacune des autres variables du modèle à l'exception de la première ($\mathbf{e}_1$ = TI), on peut, par exemple, mesurer la contribution de la performance des établissements des régions de traitement ($\mathbf{e}_5$) à la variation interrégionale des durées de séjour des clientèles originaires de chaque région, etc.

TABLEAU 5

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS RELATIFS À LA PRÉDICTION DU NIVEAU DE CONSOMMATION DES RÉGIONS SOUS LES CONTRAINTES IMPOSÉES PAR LE MODÈLE EXPLICATIF

IDENTIFICATION DES VARIABLES EXOGÈNES	PART DE LA VARIANCE TOTALE EXPLIQUÉE PAR LES VARIABLES INDÉPENDANTES DU MODÈLE	CONTRIBUTION DES VARIABLES EXOGÈNES À LA VARIANCE TOTALE	MESURE DES INFLUENCES DIRECTES EXERCÉES PAR LES VARIABLES EXOGÈNES SUR LES VARIABLES DU MODÈLE
E_1 : Les facteurs explicatifs des écarts de niveau d'emploi entre régions	$R^2 6.1 = 0.82679$	E_1 : 0.82679	$R_1e_1 = \beta_1e_1 = 1.00000$
E_2 : L'historique du peuplement des régions	$R^2 6.12 = 0.90030$	E_2 : 0.07351	$R_2e_2 = \beta_2e_2 = 0.921672$
E_3 : La pratique professionnelle dans les régions de traitement	$R^2 6.123 = 0.93523$	E_3 : 0.03493	$R_3e_3 = \beta_3e_3 = 0.376040$
E_4 : L'organisation des services (ex. : contamination de prg. et convalescence)	$R^2 6.1234 = 0.96256$	E_4 : 0.02733	$R_4e_4 = \beta_4e_4 = 0.849927$
E_5 : La performance des établissements dans les régions de traitement	$R^2 6.12345 = 0.99861$	E_5 : 0.03605	$R_5e_5 = \beta_5e_5 = 0.516467$
E_6 : Erreur attribuable à la méthode utilisée	$R^2 6.6 = 1.00000$	E_6 : 0.00139	$R_6e_6 = \beta_6e_6 = 0.037259$
TOTAL :		**1.00000**	

Les éléments de la preuve

1. La matrice de corrélation entre les taux de jours de courte durée des régions et attribuables à chacune des variables exogènes du modèle (e_1 à e_6) est égale à une matrice « identité ». Implication : il n'existe aucune multicolinéarité entre les variables explicatives du niveau de consommation régional (les e).

2. $R^2_{6.e1} + R^2_{6.e2} + R^2_{6.e3} + R^2_{6.e4} + R^2_{6.e5} + R^2_{6.e6} = 1$

3.3. La vérification des éléments « syntaxiques » : la causalité des relations existant entre les variables du modèle

3.3.1. Objets général et spécifique

La section précédente portait sur la démonstration des éléments conceptuels du modèle, les éléments « *sémantiques* ». Cette section traite, de façon générale, des démonstrations touchant les *relations* entre les variables mesurant ces concepts, les aspects « syntaxiques » du modèle. Il s'agit explicitement de la mesure des rapports de causalité existant entre ces variables.

De façon particulière, il s'agit aussi de démontrer le rapport de causalité mesuré par chacune des quinze (15) corrélations liant chacune des six (6) variables du modèle prises deux à deux.

3.3.2. La problématique

Par définition, une corrélation mesure l'importance numérique d'une relation entre deux (2) variables sur une échelle, un intervalle compris entre –1 et +1. Or, le fait que cette relation soit de nature causale, plutôt que simplement associative, ne modifie pas la pertinence de cet énoncé général. Celui-ci implique nécessairement, dans ce cas, que la corrélation corresponde à la *mesure numérique d'une relation de causalité* existant entre deux (2) variables.

Par ailleurs, en toute logique, lorsque la relation mesurée entre deux (2) variables est une relation causale, *on doit alors s'attendre à ce qu'elle soit égale à la somme algébrique des influences directes et indirectes exercées par une variable indépendante et explicative sur une variable dépendante et expliquée*.

Or dans le modèle théorique représenté au paragraphe 2.6.4, chaque « chemin » différent qu'on peut suivre, partant d'une variable indépendante pour atteindre, en respectant le sens des flèches, une variable dépendante, identifie une influence différente : cette influence est directe lorsqu'une seule flèche réunit les deux (2) variables; elle est indirecte s'il faut suivre plusieurs flèches pour atteindre une variable, en partant d'une autre. C'est pour cette raison que la méthode utilisée pour tester la causalité des variables les unes sur les autres a pour nom « *l'analyse de sentier* » (Path Analysis).

Dans cette analyse, les variables exogènes « **e** » sont exclues d'emblée car, tel que démontré, elles ne subissent aucune influence des autres variables indépendantes du modèle; de même, elles n'exercent d'influence que sur une, et une seule, variable dépendante.

3.3.3. La démarche méthodologique en quatre (4) étapes[36]

Partant de ces fondements, la marche à suivre comporte les quatre (4) étapes suivantes :

Première étape : mesurer quantitativement l'influence directe correspondant à chaque flèche du modèle.

Pour ce faire, il faut d'abord rendre comparables les distributions de chaque variable sur une échelle numérique standardisée et commune à toutes les variables. Cette procédure permet de neutraliser, dans les données primitives, les écarts attribuables aux moyennes (μ) et à la dispersion des observations, l'écart-type (σ), lesquels sont différents d'une variable à l'autre.

Ainsi, pour chaque région (i) et chaque variable (j) :

$$Z_{ij} = \frac{X_{ij} - \mu_j}{\sigma_j}$$

Pour chacune des six (6) variables du modèle, le score standard d'une région (Z_{ij}) est égal à la valeur obtenue sur la variable (X_{ij}) moins la moyenne de la variable (μ_j), ce résultat étant lui-même divisé par l'écart-type de la variable (σ_j). On procède de la sorte pour chacune des variables du modèle.

Il faut ensuite mesurer le poids qu'il faut donner à chaque score Z « indépendant » pour obtenir le score Z « dépendant ». Ce poids, égal à la mesure de l'influence directe recherchée, est symbolisé par la lettre grecque bêta « β ». Selon la notation conventionnelle, β_{yx} désigne la valeur de bêta lorsque la variable Y est influencée par la variable X; l'effet doit ici précéder la cause.

Les variables *directement* explicatives d'une autre variable sont identifiées par les flèches du modèle théorique. Par exemple, la variable NB/P est expliquée par deux (2) variables (TI et PRA) alors que la variable TRH est expliquée par trois (3) variables (TI, PRA et NB/P), etc.

En utilisant, conformément à cette spécification, la technique de la régression multiple sur les distributions standardisées des variables (transformées en scores standard Z), on calcule les valeurs de chaque influence directe exercée, les unes sur les autres, par les variables du modèle (les « β »). Le mot « influence » est utilisé ici dans le même sens que la « pondération » qu'il faut attribuer aux scores Z de chaque variable explicative, pour qu'en mesurant la somme de ces produits, le résultat soit rigoureusement égal aux scores Z de la variable dépendante, et ceci pour chacune des quatorze (14) régions.

[36] Voir Kerlinger, Fred N. et Pedhazur, Elazar J., 1973, pp. 305-333.

Seconde étape : développer le système d'équations qui permet de mesurer chaque score Z du modèle

Dans l'équation suivante, Zy – une variable dépendante et expliquée – est égale à la somme des variables indépendantes et explicatives, chacune pondérée par le poids de l'influence qu'elle exerce (β) sur la variable dépendante.

Pour toute variable dépendante du modèle

$Z_y = \beta_1 Z_1 + \beta_2 Z_2 + ---- + \beta m Zm + \beta_{ey} Z_{ey}$

Où m est égal au nombre de variables indépendantes et endogènes au modèle, qui influencent la variable dépendante (Zy), et où Zey est égal à la variable exogène qui influence la variable Zy.

Cet énoncé découle nécessairement de la vérification précédente (par. 3.2.4) traitant de l'explication de chaque variable dépendante à 100 %.

TABLEAU 6

SYSTÈME D'ÉQUATIONS DES VARIABLES ENDOGÈNES ET EXOGÈNES

Pour chaque région :

Pour TI : $Z_1 = \mathbf{e}_1$

Pour PRA : $Z_2 = \beta_{21} Z_1 + \mathbf{e}_2$

Pour NB/P : $Z_3{}^* = \beta_{31} Z_1 + \mathbf{e}_3$

Pour TRH : $Z_4 = \beta_{41} Z_1 + \beta_{42} Z_2 + \beta_{43} Z_3 + \mathbf{e}_4$

Pour DUR : $Z_5 = \beta_{51} Z_1 + \beta_{52} Z_2 + \beta_{53} Z_3 + \beta_{54} Z_4 + \mathbf{e}_5$

Pour NJ/P : $Z_6 = \beta_{63} Z_3 + \beta_{64} Z_4 + \beta_{65} Z_5 + \mathbf{e}_6$

La vérification du modèle porte sur l'interaction des variables endogènes (Z_1, Z_2, Z_3, Z_4, Z_5 et Z_6); l'influence des variables exogènes est donc considérée nulle pour cette vérification.

* Option : $Z_3 = \beta_{31} Z_1 + \beta_{32} Z_2 + \mathbf{e}_3$

Troisième étape : la mesure du rapport de causalité

Il s'agit ici de mesurer chaque corrélation de deux (2) manières différentes : d'abord à partir du système d'équation obtenu, et ensuite selon les procédés usuels afin de pouvoir comparer les résultats entre eux.

La signification particulière de cette opération apparaît clairement en réalisant que la mesure des corrélations par les procédés usuels a pour objet de mesurer de simples relations associatives entre deux (2) variables. Dans ce cas, les mêmes corrélations mesurées à l'aide du système d'équations, *correspondent à une situation particulière – un rapport de causalité – où chaque variable dépendante est égale à la somme des influences directes et indirectes exercées sur cette variable, par les autres variables du modèle*. Ainsi, si la différence entre les deux (2) résultats est nulle, on en déduira que les relations entre les variables sont des relations causales : causales, au sens où ces relations corroborent la relation d'équivalence entre ce qui existe dans la réalité –les données régionales entretenant entre elles des rapports associatifs– et *les énoncés du modèle théorique qui sous-tend le modèle mathématique*, impliquant l'existence d'un rapport de causalité entre les variables.

Pour les raisons invoquées précédemment, on neutralise d'abord l'influence de la variable exogène dans chaque équation du système, en postulant que pour chaque région, Zey = 0. Restent alors seulement les équations susceptibles de mesurer la corrélation entre les variables prises deux à deux.

Par définition, la corrélation entre une variable indépendante et une variable dépendante quelconque « Y » est égale à l'équation :

$$R_1y = \frac{\Sigma Z_1 Z_y}{N}$$ où N est égal ici au nombre de régions (14)

En utilisant cette formule de la corrélation, il faut ensuite substituer Zy par l'équation correspondante du système d'équation décrit à l'étape précédente.

$$R_1y = \frac{\Sigma Z_1 (\beta y_1 Z_1 + \beta y_1 Z_2 + \text{----} + \beta ymZm)}{N}$$

Où Z_1, Z_2, Zm correspondent respectivement à chacune des « m » variables indépendantes influençant la variable dépendante Zy, conformément aux spécifications du modèle.

En développant l'équation on trouve que :

$$R_1y = \frac{\beta y_1 \Sigma Z^2_1}{N} + \frac{\beta y_2 \Sigma Z_1 Z_2}{N} + \text{----} + \frac{\beta ym \Sigma Z_1 Zm}{N}$$

Sachant que : $\frac{\Sigma Z^2}{N}$ est toujours égal à 1 par définition,

On peut alors déduire que, conformément au modèle :

$$R_{1y} = \beta y_1 + \beta y_2 R_{12} + ---- + \beta ym R_1 m$$

TABLEAU 7

SYSTÈME D'ÉQUATIONS DU MODÈLE EXPLICATIF

1) $R_{12} = \beta_{21}$
2) $R_{13} = \beta_{31}$ *
3) $R_{14} = \beta_{41} + \beta_{42}R_{12} + \beta_{43}R_{13}$
4) $R_{15} = \beta_{51} + \beta_{52}R_{12} + \beta_{53}R_{13} + \beta_{54}R_{14}$
5) $R_{16} = \beta_{63}R_{13} + \beta_{64}R_{14} + \beta_{65}R_{15}$
6) $R_{23} = \beta_{31}R_{12}$ *
7) $R_{24} = \beta_{41}R_{12} + \beta_{42} + \beta_{43}R_{23}$
8) $R_{25} = \beta_{51}R_{12} + \beta_{52} + \beta_{53}R_{23} + \beta_{54}R_{24}$
9) $R_{26} = \beta_{63}R_{23} + \beta_{64}R_{24} + \beta_{65}R_{25}$
10) $R_{34} = \beta_{41}R_{13} + \beta_{42}R_{23} + \beta_{43}$
11) $R_{35} = \beta_{51}R_{13} + \beta_{52}R_{23} + \beta_{53} + \beta_{54}R_{34}$
12) $R_{36} = \beta_{63} + \beta_{64}R_{34} + \beta_{65}R_{35}$
13) $R_{45} = \beta_{51}R_{14} + \beta_{52}R_{24} + \beta_{53}R_{34} + \beta_{54}$
14) $R_{46} = \beta_{63}R_{34} + \beta_{64} + \beta_{65}R_{45}$
15) $R_{56} = \beta_{63}R_{35} + \beta_{64}R_{45} + \beta_{65}$

* Option :

2) $R_{13} = \beta_{31} + \beta_{32}R_{12}$

et

6) $R_{23} = \beta_{32} + \beta_{31}R_{12}$

Connaissant déjà les valeurs des « β » (voir la première étape), alors que la matrice de corrélation entre toutes les variables du modèle peut être calculée par les méthodes usuelles, il reste à vérifier si la valeur de corrélation mesurée par les méthodes usuelles et celle qui correspond à la résolution de la dernière équation sont égales.

En répétant le même exercice pour chacune des quinze (15) corrélations du modèle, on peut ainsi vérifier si chacune d'elles est égale à la somme des influences directes et indirectes qu'exercent les variables indépendantes sur chaque variable dépendante.

Au tableau suivant, le mot « idem » dans la troisième colonne « vérification » indique que les valeurs des corrélations mesurées par chacune des deux (2) méthodes sont rigoureusement égales à celles qui sont reproduites dans la seconde colonne du tableau.

TABLEAU 8

VÉRIFICATION DU MODÈLE

LES BÊTA	LES CORRÉLATIONS	VÉRIFICATION
β_{21} = 0.387971	R_{12} = 0.3880	Idem
β_{31}* = 0.926299	R_{13} = 0.9263	Idem
β_{41} = 0.696856	R_{14} = 0.4562	Idem
β_{51} = 0.313837	R_{15} = 0.4391	Idem
β_{42} = – 0.276223	R_{16} = 0.9093	(0.8989)
β_{52} = 0.812437	R_{23} = 0.3813	(0.3594) ou idem*
β_{43} = – 0.144111	R_{24} = – 0.0608	Idem
β_{53} = – 0.234816	R_{25} = 0.8410	Idem
β_{54} = 0.060331	R_{26} = 0.6027	(0.5937)
β_{63} = 0.690564	R_{34} = 0.3961	Idem
β_{64} = 0.177713	R_{35} = 0.3895	Idem
β_{65} = 0.405700	R_{36} = 0.9190	Idem
* Option :	R_{45} = 0.0611	Idem
β_{31} = 0.916287	R_{46} = 0.4760	Idem
et	R_{56} = 0.6856	Idem
β_{32} = 0.025780		

Technique du calcul

Les « β » sont mesurés par la technique de la régression multiple appliquée aux distributions standardisées des variables, en conformité avec les influences directes décrites dans le modèle explicatif.

Les corrélations sont mesurées par les méthodes de calcul usuelles (Pearson-Bravais).

Les vérifications des corrélations correspondent aux valeurs obtenues conformément aux équations du modèle explicatif (15 en tout).

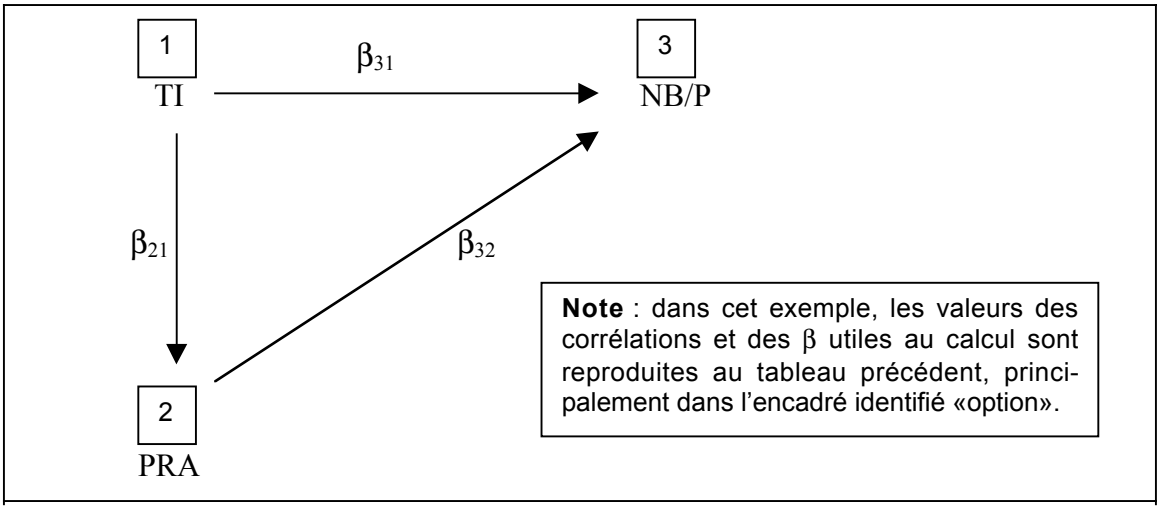
Quatrième étape : la vérification de la théorie

En vérifiant de cette manière chacune des quinze (15) corrélations, on constatera alors que chacune peut être exprimée et mesurée par une somme de produits de « β ». Il faut pour ce faire substituer, dans les équations, les valeurs de corrélation (R) par les valeurs de « β » correspondantes, et alors chaque produit correspond au poids numérique d'un « chemin », c'est-à-dire au poids numérique d'une influence indirecte et – ou – d'une ou

plusieurs influences directes dont on peut suivre le tracé sur le modèle théorique et graphique.

3.3.4. Un exemple de vérification : l'incidence des bénéficiaires (NB/P)

Dans le modèle théorique, l'incidence de bénéficiaires (NB/P) est influencé par le TI et par PRA, cette dernière variable étant, elle-même, influencée par le TI. Or, le coefficient de corrélation entre TI et NB/P mesuré par les procédés usuels est égal à 92.63 %, alors que la valeur de chaque « β » mesurant les influences directes entre les trois (3) variables est connue.



Dans ce modèle, on peut déduire l'influence qu'exercent les variables les unes sur les autres : pour chaque région,

$Z_2 = \beta_{21} Z_1 + \beta_2 \mathbf{e}_2 Z\mathbf{e}_2$

$Z_3 = \beta_{31} Z_1 + \beta_{32} Z_2 + \beta_3 \mathbf{e}_3 Z\mathbf{e}_3$

Où $Z\mathbf{e}_2$ et $Z\mathbf{e}_3$ sont postulés égaux à 0

1)

$$R_{12} = \frac{\Sigma Z_1 Z_2}{N} \quad \text{par définition}$$

$$R_{12} = \frac{\Sigma Z_1 (\beta_{21} Z_1)}{N}$$

$$R_{12} = \beta_{21} \times \frac{\Sigma Z_1^2}{N}$$

$$\boxed{R_{12} = \beta_{21}}$$

2)

$$R_{13} = \frac{\Sigma Z_1 Z_3}{N} \text{ par définition}$$

$$R_{13} = \frac{\Sigma Z_1 (\beta_{31} Z_1 + \beta_{32} Z_2)}{N}$$

$$R_{13} = \frac{\beta_{31} \Sigma Z_1^2}{N} + \frac{\beta_{32} \Sigma Z_1 Z_2}{N}$$

$$R_{13} = \beta_{31} + (\beta_{32} \text{ x } R_{12})$$

Sachant, par le développement de l'équation précédente, que $R_{12} = \beta_{21}$ alors

$$\boxed{R_{13} = \beta_{31} + \beta_{32} \beta_{21}}$$

Enfin, en remplaçant les bêta par leur valeur numérique, on trouve que 0.9263 = 0.916287 + (0.025780 × 0.387971), soit la somme d'une influence directe (β_{31}) et d'une influence indirecte ($\beta_{21} \times \beta_{32}$) exercée par le taux d'inoccupation sur NB/P; la valeur numérique des influences mesure le poids de chaque « chemin » exprimé par le modèle graphique de cet exemple.

3.3.5. Un corollaire surprenant : l'apparente indépendance entre la structure d'âge et la morbidité

Bien que cet exemple ne représente qu'un élément de la démonstration, il amène néanmoins un des résultats les plus importants de cette recherche. Élaboré à partir de données bien réelles, il démontre que la structure d'âge des populations mesurée par PRA exerce une influence négligeable (0.025) sur l'incidence des bénéficiaires par population (NB/P). Il faut en déduire que, des deux (2) variables explicatives (TI et PRA), *seul le TI exerce une influence significative sur le niveau de morbidité des populations régionales* **:** en effet, la corrélation de 92 % entre TI et NB/P repose en quasi totalité sur l'influence directe du TI sur NB/P ($\beta = 0.91$), et non sur la contribution de la structure d'âge (PRA).

À première vue, ce résultat est surprenant. Contre toute attente, il impliquerait que le niveau de morbidité des populations régionales n'entretient aucun rapport de dépendance, ou presque, avec la structure d'âge de ces populations. Or, *c'est précisément ce qu'il faut éviter ici de déduire*.

En effet, ce résultat apparemment paradoxal est tout à fait cohérent eu égard aux énoncés et démonstrations précédentes : d'abord parce que la population inoccupée, soit le numérateur du TI, inclut, par définition, l'ensemble des personnes âgées à la retraite qui for-

ment le numérateur de la variable PRA. Ceci implique qu'indépendamment des rapports socioéconomiques dont il rend compte, le TI augmente aussi en fonction de l'accroissement de la proportion de personnes âgées dans les populations.

Il faut ajouter également que le TI intègre déjà les aspects susceptibles de refléter le vieillissement relatif des populations par le fait qu'il explique la vitesse de changement de leur structure d'âge respective. Enfin, comme il a été démontré déjà, dans le contexte particulier de ce modèle causal, ce n'est pas la variable PRA qui influence le niveau de morbidité des populations, mais bien la variable exogène $\mathbf{e}_2$, soit l'état historique de leur peuplement, correspondant à l'indicateur de la structure d'âge des populations, *décapé* de l'influence déjà assumée par le TI à l'égard de la vitesse de changement de cette structure d'âge.

Par ailleurs, si ces mises au point suffisent pour expliquer méthodologiquement ce résultat de l'analyse de sentier apparemment peu conforme à la réalité, il n'en demeure pas moins qu'elles recèlent implicitement deux (2) éléments fondamentaux de la problématique de la morbidité. Ces éléments ajoutent à la compréhension des rapports entre les phénomènes sociaux et les phénomènes biologiques, tels la santé des personnes; ils permettent en même temps de cerner les manifestations particulières de ces rapports en tant que rapports de causalité. Ces éléments de problématique touchent respectivement :

A. L'emboîtement des phénomènes d'ordre biologiques dans les caractéristiques des populations, et le fait qu'ils soient fondus à d'autres phénomènes de nature spécifiquement sociale.

B. La relation d'antériorité – par opposition à simultanéité – des causes sociales sur leurs effets biologiques, conformément aux énoncés précédents, et mettant en cause la théorie des maladies multifactorielles.

Concernant ce dernier élément, si le vieillissement des populations contribue véritablement à accroître leur niveau de morbidité, on devrait, compte tenu des mises au point énoncées, observer une croissance simultanée de la corrélation entre le TI et le niveau de consommation de services, à mesure que l'année de prise du TI s'approche de l'année de consommation de services mesurée. Par exemple, le TI de 1993 serait supérieur à celui de 1987 pour rendre compte de la consommation régionale de l'année 1993 car ce TI comprend les personnes âgées de cette année de consommation. Or, tel que démontré au chapitre 1, c'est précisément l'inverse qui se vérifie dans les faits : *plus l'année de prise du TI est antérieure à l'année de consommation étudiée, plus la corrélation entre les deux (2) variables est élevée*. Ce constat impliquerait, à titre d'hypothèse, contrairement à une opinion généralement admise, que le *vieillissement* des populations *ne constitue pas le facteur principal de l'accroissement de leur morbidité*. À ce sujet, le paragraphe 3.3.7 traite des faits qui confirment cette hypothèse. *Des faits qui démontrent que ce résultat est attribuable au degré d'exposition de toutes les strates d'âge de chaque population aux déclencheurs des maladies multifactorielles, incluant les autres influences associées au vieillissement*.

3.3.6. Les résultats de l'analyse de sentier

Les critères servant à la vérification du modèle

L'analyse de sentier comme méthode, repose sur un postulat voulant que les relations entre les variables expriment des rapports de causalité. Or, ces rapports ne peuvent être *inférés* par une méthode mathématique; cette méthode est utilisée pour vérifier l'application d'une théorie explicative dans la réalité. Dans le contexte, la théorie est elle-même posée comme hypothèse à vérifier à l'aide de cette méthode.

L'approche suivie dans cet ouvrage respecte cette exigence, la théorie explicative du niveau de consommation de services ayant été développée au chapitre précédent. Dans ce contexte, les inégalités entre les résultats des deux (2) mesures de corrélation entre chaque variable permettent de détecter :

A. Une erreur d'interprétation théorique par exemple, l'omission d'une relation, d'une influence entre deux (2) variables qu'il serait nécessaire de considérer; ou encore une influence du modèle théorique orientée en sens inverse de ce qui se vérifie dans la réalité.

B. Une incohérence entre les faits de la réalité et les autres postulats de l'analyse de sentier. Par exemple, concernant le postulat d'« *additivité* », le fait que certaines variables dépendantes soient égales au produit de variables indépendantes plutôt qu'à la somme de leurs influences. Concernant le postulat de « *non-récursivité* », le fait que deux (2) variables s'influencent mutuellement et réciproquement, étant à la fois indépendante et dépendante l'une de l'autre.

C. Enfin, l'effet d'une décision arrêtée délibérément dans le but de *simplifier* le modèle : lorsque la valeur numérique d'une influence directe (un bêta) est jugée négligeable (inférieure à 0.05). L'élimination de la relation entre PRA et NB/P en est un exemple approprié.

Les résultats généraux

Sur les quinze (15) corrélations à vérifier à l'aide du modèle, treize (13) coïncident à 100 % avec les résultats attendus. Deux (2) corrélations ne coïncident pas : l'écart entre les résultats attendus et les résultats réels y est dans les deux (2) cas inférieur à 1 %, donc négligeable.

Ces écarts sont essentiellement attribuables à un effet de récursivité d'une variable sur une autre.[37] *On peut donc conclure que le modèle explicatif du niveau de consommation régional est triplement fondé :*

[37] Il s'agit, en l'occurrence, d'une influence récursive de TRH sur NB/P, attribuable au fait que, parmi les clientèles hospitalisées à plusieurs reprises au cours de la même année, certaines migrent d'une région à l'autre étant ainsi comptées deux (2) fois dans la variable NB/P. L'autre écart – soit l'influence de NB/P sur DUR – s'explique indirectement par ce premier effet car NB/P est déjà influencé par TRH.

- *Dans les faits de la réalité manifestés dans des relations généralisées à l'échelle des populations régionales : cumul par les mêmes populations des caractéristiques systématiques de morbidité vérifiables pour tous les groupes d'âge, une concomitance de ces caractéristiques avec le TI qui croît dans le temps, etc.*

- *Dans l'univers des conceptions et des théories explicatives reconnues dans le domaine scientifique en rapport avec les déterminants de la consommation et les influences qu'ils entretiennent entre eux – tel que présenté au chapitre 2.*

- *Enfin, dans l'univers des modèles formels pertinents à la vérification de l'équivalence entre les conceptions théoriques et les faits de la réalité, comme il vient d'en être question dans ce chapitre.*

- *Il faut ajouter aussi que dans le contexte où objectivement la pauvreté influence la morbidité et que celle-ci influence à son tour l'expression même de la maladie, soit le niveau de consommation des populations, il était nécessaire que cette consommation fut produite et mesurée dans un régime de soins « universels » afin que soient neutralisés les biais attribuables à l'influence de la pauvreté sur la sous-consommation, indépendamment de la morbidité; comme cela a été constaté au Québec à d'autres époques, et dans d'autres régimes de santé.*

Les principaux résultats de la vérification du modèle

A. *Mis à part l'influence mineure exercée par les pratiques professionnelles différentielles (**e**$_3$), le niveau de non-emploi (TI) explique à lui seul la quasi-totalité de la variable « incidence de bénéficiaires » (NB/P). Dans ce contexte, ce déterminant est l'unique responsable du niveau de morbidité des populations,*[38] *car il mesure la propension différentielle des populations à générer des personnes nécessitant une hospitalisation.*

B. *La structure d'âge des populations est le principal déterminant qui fait varier le volume de services à dispenser aux personnes hospitalisées entre les régions, soit les durées de séjour (DUR) et à un degré moindre, les taux de réhospitalisation (TRH).*

C. *Comparé aux taux de réhospitalisation (TRH) et aux durées de séjour (DUR), l'incidence des bénéficiaires (NB/P) est, de loin, le déterminant qui exerce la plus forte influence sur le niveau de consommation de services des populations régionales.*

D. *La somme des influences directes et indirectes exercées par le TI sur les taux de jours, totalise 89.89 alors que la corrélation entre les deux (2) variables égale*

[38] Cet énoncé inclut et ne nie pas la propension plus grande des personnes âgées à consommer des services pour des raisons physiologiques : en effet, cette caractéristique est prise en compte dans le profil de consommation, par groupes d'âge, des populations. Or, il a été vu que le TI explique la hauteur de ce profil pour tous les groupes d'âge incluant les personnes âgées. C'est pourquoi, paradoxalement, la proportion de personnes âgées (PRA) exerce une influence négligeable sur NB/P.

90.93 %. Il s'agit ici d'une des deux (2) corrélations (sur 15) qui ne se vérifie pas à 100 %.

E. *Enfin, les facteurs spécifiquement sociaux – TI et PRA – expliquent 90 % de la variance du niveau de consommation des populations régionales. Tous les autres déterminants réunis (les facteurs organisationnels, les erreurs de modèle, etc.) comptent pour 10 %.*

3.3.7. Une clarification sur le rapport de causalité entre l'indicateur de la structure d'âge des populations (PRA) et le niveau de morbidité des populations régionales (NB/P)

Les mises au point présentées au paragraphe 3.3.5 sur le sujet sont-elles suffisantes? Comment serait-il concevable que la structure d'âge, en particulier si elle est mesurée par la proportion de personnes âgées, n'entretiennent aucun rapport explicatif avec le nombre relatif de bénéficiaires produit par chaque population régionale – conformément au concept même de « morbidité »?

En effet, ne constate-t-on pas en courte durée physique, *dans toutes les régions*, que le nombre de bénéficiaires parmi les 65 ans et plus est, en moyenne, environ 3.25 fois plus élevé que chez les moins de 65 ans, pour une même quantité de personnes appartenant à chacun de ces groupes d'âge? Ceci impliquerait, de façon presqu'obligatoire, que plus une population régionale comporte une forte proportion de personnes âgées, plus cette population sera forte consommatrice de services de santé. Plus encore, cette réalité corrobore les constatations biologiques les plus évidentes relatives au vieillissement organique, par lequel les représentants de l'espèce humaine deviennent progressivement, avec l'âge, de plus en plus vulnérables et affectés par la maladie!

A. Une clarification au plan théorique

Avant de procéder aux clarifications d'ordre méthodologiques, certaines clarifications théoriques s'imposent d'emblée, en raison de la nature même des phénomènes sociaux, par opposition à ceux qui sont de nature biologique et individuelle.

À cet égard, il a été clairement spécifié, à propos des profils de consommation par groupes d'âge des populations régionales, que ceux-ci sont quasi identiques dans leur forme d'une région à l'autre; par contre, leur « hauteur » varie d'une région à l'autre. Cette distinction entre la forme du profil et l'intensité permet de départager, dans l'expression de la consommation, *la partie de ce phénomène attribuable à la physiologie des êtres humains qui demeurera invariante quelle que soit la population étudiée : la forme. L'autre partie est attribuable à des facteurs sociaux et, par conséquent, variera entre les populations : l'intensité.*

La simple observation des profils de consommation par groupe d'âge, permet donc de constater, à l'évidence, que si la morbidité des populations est envisagée uniquement et même exclusivement comme une caractéristique physiologique des sujets qui en font

partie, la structure d'âge sera vue comme le facteur essentiel pour expliquer pourquoi certaines populations consomment plus que d'autres. *En revanche, on ne parviendra jamais à expliquer, sous cet angle d'approche, pourquoi les représentants de chacun des groupes d'âge – y compris les personnes âgées – de certaines populations, sont plus malades que les représentants de chacun des groupes d'âge d'autres populations. En effet, les facteurs propres à en rendre compte appartiennent à l'ordre des phénomènes sociaux, variables d'une population à l'autre, cette variabilité affectant d'un seul tenant tous les groupes d'âge des différentes populations impliquées*.
Dans cette perspective, se demander si la structure d'âge influence le niveau de consommation des populations régionales peut aboutir à deux (2) réponses apparemment contradictoires :

- *Oui***,** si la morbidité des populations est considérée seulement sous l'aspect physiologique.

- *Non***,** si la morbidité des populations est considérée seulement sous l'aspect social.

Ces réponses, apparemment opposées, découlent du fait que les phénomènes qui caractérisent en propre les populations rendent compte – par définition et à l'évidence – *de façon indissociée* des phénomènes spécifiquement sociaux *et* de l'ensemble des phénomènes d'ordre biologiques et physiologiques qui caractérisent les individus appartenant à ces populations. L'inverse n'est pas vrai[39] : la sommation des phénomènes individuels ne rend pas compte d'un certain nombre de faits qui caractérisent les populations, transcendent les individus qui les composent et les affectent sous divers aspects et à divers degrés.

Ainsi, le résultat relatif aux facteurs explicatifs de la morbidité doit être énoncé comme suit :

> *Compte tenu* des facteurs physiologiques propres à l'espèce humaine et qui, a priori, rendent les personnes plus âgées davantage vulnérables à la maladie que les représentants des autres groupes d'âge, le niveau de non-emploi mesuré par le taux d'inoccupation apparaît constituer le seul facteur social susceptible d'interférer sur le niveau de morbidité des populations régionales, incluant les facteurs d'ordre physiologiques.

Cette proposition est corroborée statistiquement par le fait que le TI corrèle avec le niveau de consommation régional de chacun des seize (16) groupes d'âge, subdivisant chaque population, et ce, considérés indépendamment les uns des autres. Le fait qu'à l'évidence, pour tout regroupement d'individus en populations, les phénomènes spécifi-

[39] Dans la réalité, par exemple, une cellule ne se réduit pas à la juxtaposition informe de molécules; un être humain ne se réduit pas non plus à la somme de ses cellules; de même, à une échelle supérieure, une collectivité n'est pas que la somme des individus qui la composent. Néanmoins, chaque niveau supérieur englobe, a priori et de façon indissociée, les phénomènes qui caractérisent, en propre, les niveaux inférieurs.

quement attribuables à la physiologie de l'espèce humaine, apparaîtront a priori et nécessairement entremêlés et fondus aux phénomènes de nature spécifiquement sociale.

B. Une clarification sur le décalage chronologique entre les causes sociales et leurs effets biologiques – le rapport de non-simultanéité

Pour les raisons évoquées précédemment, l'évolution de la structure d'âge des populations ne peut être mise en cause pour expliquer les résultats de l'analyse de sentier. Pourquoi alors la corrélation entre le TI et le niveau de consommation des populations augmente-t-elle à mesure qu'on recule l'année de prise du TI? À cette interrogation, il existe un nombre limité de réponses à la fois possibles et plausibles. On pourrait supposer que la réduction progressive des durées de séjour en courte durée physique pour les personnes âgées de 65 ans et plus masque la contribution du vieillissement de la structure d'âge à la morbidité. On pourrait, par ailleurs, à une échelle plus fondamentale, y voir la principale manifestation de la surexposition continue de certaines populations aux déclencheurs des maladies multifactorielles, et dont le manque d'emplois est le premier déterminant.

Pour le vérifier, nous avons reproduit pour certains grands groupes d'âge, l'analyse réalisée au chapitre 1 sur l'accroissement des taux de corrélation entre le TI et le niveau de consommation, cet accroissement attestant de la capacité de l'indicateur de prédire la consommation *ultérieure* des populations régionales. Pour deux (2) grands groupes d'âge, les 0-14 ans et les 15-39 ans, nous avons analysé la progression des coefficients de corrélation entre le TI de cinq (5) années prises entre 1987 et 1995, avec le niveau de consommation des douze (12) années de 1982 à 1993. Ceci a porté sur un ensemble de dix (10) catégories de diagnostics dont le niveau de corrélation avec le TI de 1987 était, dans chaque cas, supérieur à 70 %. L'analyse a été reproduite sur la base des *cas et des jours* de courte durée, de façon à isoler les facteurs attribuables aux durées de séjour.

Le résultat de cette analyse qu'illustre, pour les 0-14 ans, le graphique 14, montre que la prédictivité du TI, pour chacun de ces deux (2) grands groupes d'âge de chaque population, se vérifie, comme cela était le cas pour les niveaux globaux de consommation des populations, tel qu'énoncé au chapitre 1.

Ce résultat *implique, qu'au plan social, l'évolution de la structure d'âge des populations ne peut être tenue comme un facteur déterminant agissant de façon indépendante sur l'évolution du niveau de morbidité des populations régionales*. En effet, la corrélation entre le TI et la consommation augmente en fonction de l'ancienneté de l'année de prise du TI, pour chacun des grands groupes d'âge comme pour les populations considérées globalement[40], et non en fonction de l'accroissement du nombre des personnes âgées parmi la population inoccupée, imputable au vieillissement des populations.

[40] Corroborant la pertinence de ce résultat au plan théorique, l'analyse de la progression de la corrélation entre le TI et le niveau de consommation pour des troubles transitoires en santé mentale, démontre un rapport de simultanéité. Or, il s'agit-là d'une cause d'hospitalisation où on peut difficilement imaginer l'existence d'un décalage entre la cause extérieure et l'effet induit. Comment pourrait-on, par exemple, concevoir qu'une dépression nerveuse se manifeste chez une personne plusieurs années après l'événement déclencheur de détresse psychologique. Néanmoins, selon les psychiatres mis à contribution dans nos travaux, il ne fait pas de doute que la vulnérabilité biologique joue un rôle important dans

GRAPHIQUE 14

Compte tenu de ce résultat, comment s'expliquer alors les résultats de l'analyse de sentier montrant l'existence d'un lien explicatif beaucoup plus évident entre PRA et deux (2) autres variables, les taux de réhospitalisation (TRH) et les durées de séjour (DUR)? Comment ces variables peuvent-elles réagir à l'historique du peuplement ($\mathbf{e}_2$)? Nous n'avons pas investigué, de façon approfondie, cette piste d'analyse. Néanmoins, plusieurs hypothèses plausibles se dégagent des résultats de l'analyse de sentier : ces hypothèses tiennent à certaines caractéristiques de la consommation en soins de courte durée des personnes âgées spécifiquement, des caractéristiques ayant un caractère permanent donc moins susceptibles de varier dans le temps. L'effet sur les durées de séjour pourrait notamment s'expliquer par des séjours naturellement plus longs chez les personnes âgées

le déclenchement de ce type de maladie mentale, dont l'incidence demeure fortement corrélée avec le TI.

que chez les clientèles d'autres groupes d'âge. Une exposition plus grande à la mortalité ou la prise en charge par un autre réseau, celui de la longue durée, pourrait aussi expliquer l'influence négative de PRA sur les taux de réhospitalisation.

En conclusion, le taux d'inoccupation semble donc constituer le seul facteur explicatif du niveau de morbidité des populations régionales. Compte tenu des postulats de l'analyse de sentier, il est pertinent d'affirmer que le niveau de non-emploi mesuré par le TI, explique, en première instance, environ 90 % du niveau de consommation des populations régionales (mesuré par la corrélation entre cette variable et les taux de jours), et 92 % de leur niveau de morbidité (mesuré par la corrélation entre le TI et le nombre de bénéficiaires par population NB/P). On trouvera d'ailleurs à l'annexe 8 un graphique récapitulatif décrivant l'ensemble des influences du modèle explicatif.

3.4. Les premières conclusions de recherche

A. *Le niveau de consommation de services constitue une des multiples manifestations du niveau de besoin des populations régionales, reflété de la même manière par leur niveau de pauvreté, la vitesse de leur désintégration démographique, le tout expliqué par les écarts de disponibilité d'emploi.*

B. *Les populations qui se distinguent par leur haut niveau de consommation de services hospitaliers sont des populations plus malades que les autres, qui réunissent une plus grande proportion d'individus de tous âges encourant un risque de mort ou d'atteinte grave si elles ne pouvaient recourir aux services, conformément au concept même de « besoin ».*

C. *Dans ce contexte, les hypothèses explicatives associant l'essentiel des différences de niveaux de consommation entre les régions à des dysfonctions organisationnelles du réseau de services et aux écarts de ressources disponibles entre les régions apparaissent non fondées dans la réalité : l'ensemble des « dysfonctions » éventuelles ne peut contribuer qu'à 10 % à peine de l'explication du niveau régional de consommation de services :*[41] *les dysfonctions pouvant toucher les pratiques professionnelles médicales, l'organisation des services et la performance des établissements.*

Par contre, l'hypothèse évoquée par certains voulant que les écarts de consommation soient l'effet des ressources disponibles, reste à traiter. Or, l'importance du sujet exige qu'il en soit examiné de façon particulière. Le prochain chapitre y est consacré.

[41] Il faut noter qu'il s'agit ici d'une hypothèse selon laquelle les écarts identifiés puissent être véritablement interprétés comme des dysfonctions réelles et non comme des «comportements» justifiables.

3.5. Les autres résultats d'études non traités dans cet ouvrage

L'ouvrage traite des éléments principaux qui vérifient le lien entre le phénomène de la consommation de services hospitalier en santé physique, les indicateurs qui le prédisent et les facteurs qui le déterminent ou l'influencent. D'autres matières qui n'apparaissent pas dans cet ouvrage, ont aussi été examinées. Parmi les aspects investigués non présentés ici, il faut mentionner principalement :

A. La mesure des besoins à l'échelle intrarégionale

Les lignes directrices qui fondent, au plan théorique, l'analyse de la consommation et la mesure du besoin – à l'échelle des MRC, districts de CLSC ou des municipalités – sont identifiées. Il en est de même des critères méthodologiques qui permettent d'assurer la validité des analyses infrarégionales.

B. La problématique de la santé mentale

L'analyse des problématiques dites de santé mentale a été réalisée tant pour les troubles transitoires que pour les sous-catégories[42] qui distinguent les troubles sévères et persistants. Les résultats de nos analyses ont été présentés à des experts de la santé mentale – psychologues, psychiatres, médecins et autres professionnels du domaine – d'établissements québécois et régionaux. *Les constats faits en santé physique sur le lien entre le niveau de non-emploi et l'incidence des maladies multifactorielles valent également en santé mentale*, à une nuance près : dans le cas des troubles transitoires, le TI du moment s'avère meilleur prédicteur que celui des années antérieures, tel qu'il convient compte tenu des particularités propres à cet élément de la problématique.

C. Les autres champs d'intervention relevant du régime de santé

Les domaines d'activités – administrativement décrit comme l'adaptation sociale, l'intégration sociale, l'alcoolisme et les toxicomanes, etc. – répondent à des phénomènes qui, à l'échelle des populations, sont fortement et directement influencés par les facteurs sociaux : la pauvreté, le vieillissement accéléré, l'exode des jeunes et, de façon plus générale, la désintégration des populations régionales. La problématique d'accroissement des taux de suicide, spécialement chez les jeunes est, à cet égard, l'une des plus reliée aux effets sociaux que déterminent les niveaux d'emploi et que mesure le TI.

[42] Des travaux, à l'échelle des régions, par sexe et groupes d'âge, sur les problèmes associés aux schizophrénies, aux psychoses maniaco-dépressives et au Alzheimer ont permis de constater la pertinence du niveau de non-emploi comme prédicteur.

Deuxième partie

La morbidité des populations et le discours s'y rapportant

PRÉSENTATION DE LA DEUXIÈME PARTIE

Après avoir pris connaissance des résultats des travaux de recherche rapportés aux chapitres précédents, qu'est-ce que le lecteur aura appris de plus concernant les mécanismes qui créent la maladie dans les populations régionales du Québec? Y a-t-il lieu d'approuver sans réserve ou au contraire de mettre en doute les résultats avancés de même que les interprétations qu'ils suscitent? Pour répondre à cette interrogation légitime, il faut répondre à une autre question : dans quelle mesure les résultats rapportés infirment-ils ou confirment-ils ce qui est universellement connu et accepté dans la littérature contemporaine concernant les mécanismes qui produisent la maladie et la santé au sein des populations en général?

D'entrée de jeu, rappelons à ce sujet la convention qui avait été arrêtée avant d'entreprendre ces travaux de recherche.

« Cette étude privilégie une approche basée sur les faits avant que de s'autoriser d'une recension des discours véhiculés dans la littérature du domaine. »

(Voir l'introduction)

La seconde partie de cet ouvrage traite précisément du discours véhiculé dans la littérature du sujet; elle traite des recoupements entre les résultats obtenus et la teneur du discours scientifique sur l'état de santé des populations. Trois faits particuliers imposent de vérifier la pertinence des résultats de recherche que nous avons obtenus par une revue de littérature.

Un premier fait : d'autres instances avaient déjà mis en évidence, bien avant nous, le lien indissociable entre la pauvreté et la maladie. Même qu'au Québec un dicton populaire avance « qu'il vaut mieux être riche et en santé que pauvre et malade ».

Pourtant le groupe d'experts rencontré en 1995, dont les questionnements furent à l'origine des travaux de recherche que nous avons entrepris, s'interrogeait sur la pertinence de répartir les ressources de santé entre les populations sur la base d'indicateurs reflétant leurs conditions socio-économiques. Or cette réserve manifestée en 1995 n'a rien d'exceptionnel au Québec. D'autres experts iront même ultérieurement jusqu'à prétendre que le lien entre la pauvreté des populations et l'incidence de la maladie n'aurait jamais été relevé dans la littérature.

Dans ce contexte, il y a lieu de s'interroger : se pourrait-il qu'au Québec la pensée scientifique officiellement partagée et diffusée sur le sujet évolue à contresens de ce qui est reconnu et accepté comme des vérités fondamentales partout ailleurs? Se pourrait-il dans cette perspective que la pensée diffuse qui circule dans nos milieux populaires soit plus près de la vérité que celle des experts québécois du domaine qui alimentent le discours officiel au sujet de la santé des populations?

Le second fait met en évidence la signification réelle de l'absence de corrélation systématique entre le niveau de consommation de services des populations régionales et chacun des indicateurs avancés par les autorités gouvernementales pour répartir les ressources de santé entre les populations. Ces faits sont rapportés au tableau 2 et mettent en évidence l'indépendance statistique entre d'une part le niveau de consommation de services et d'autre part, les indicateurs suivants : l'espérance de vie (ou l'ICM), le rapport de féminité, la proportion de personnes âgées et le niveau de scolarité. Cette indépendance statistique démontre que les indicateurs n'ont pas été validés préalablement et qu'en conséquence, le fait de les qualifier *d'indicateurs* du niveau de consommation de services constituerait un abus de langage, une fausseté. Or interrogés sur l'adéquation entre le niveau de consommation de services des populations régionales et leur niveau de besoins, les autorités responsables avaient répondu : « *La réalité on l'a pas regardée* ». Dans ce contexte l'absence de corrélation entre les indicateurs mentionnés et le niveau de consommation serait révélatrice d'une faute scientifique **grave**. Une faute qui serait révélée par le rapport entre les faits mis en évidence dans la première partie de cet ouvrage et la littérature scientifique universellement partagée ayant trait au sujet, sauf au Québec.

Enfin un troisième fait est mis en évidence par le discours généralement diffusé pour justifier les écarts systématiques de consommation de services hospitaliers entre les populations régionales. « L'offre crée la demande » prétend-on. En d'autres termes, la consommation plus ou moins importante de services hospitaliers par les populations régionales serait essentiellement attribuable aux caractéristiques du système de soins et non au fait que plus ou moins de gens sont malades, selon la population régionale considérée. Dans cette perspective où *l'offre crée la demande*, il suffirait donc d'éradiquer les ressources disponibles dans les régions pour limiter l'incidence de la maladie dans les populations.

Dans la perspective qui est la nôtre, l'effet devrait être exactement l'inverse : une diminution du niveau de ressources (l'offre) entraîne une détérioration des conditions socio-économiques, et par voie de conséquence une amplification de l'incidence de la maladie; une amplification qui ne peut à l'évidence se manifester par un accroissement de la demande puisqu'en diminuant l'offre, on diminue par le fait même le niveau de services disponibles.

Mais cette proposition – *l'offre plutôt que le besoin crée la demande* – implique aussi que, parmi les quelques 10 millions de cas d'hospitalisation qui se sont produits au Québec entre 1982 et 1993, une quantité très *appréciable* serait attribuable à des hospitalisations médicalement injustifiées et ceci sans qu'aucune contre-expertise médicale n'ait été effectuée sur aucun de ces cas. Elle impliquerait aussi que l'importance relative de ce fait varierait proportionnellement au niveau de pauvreté des populations régionales.

À cet égard la réforme des services de santé actuellement en cours devrait constituer une occasion supplémentaire de démontrer si oui ou non tout le monde s'est trompé, sauf ceux qui œuvrent dans les officines intellectuelles québécoises, d'où émanent les thèses et les théories pour justifier les décisions qui orientent la santé des populations dans telle direction plutôt que telle autre.

Cette seconde partie comprend quatre chapitres traitant tour à tour : des éléments de connaissance fondamentale et générale, partagés *ailleurs qu'au Québec* sur les déterminants de la santé et de la maladie des populations (chapitre 4); de la teneur du discours général qui prévaut au Québec sur le même sujet (chapitre 5). Le chapitre six traite du discours qui prévaut au Québec sur le rapport spécifique entre le niveau de non-emploi des populations et leur niveau de besoins. Dans ce chapitre nous verrons également la contribution de la science économique à la connaissance du rapport existant entre le niveau d'emploi des populations et leur état de santé. Enfin le chapitre sept traite des nouveaux enjeux qui se dessinent dans le contexte de la rationalisation des dépenses publiques et de la réforme du réseau de services. Ce dernier chapitre présente aussi une vérification *a posteriori* des résultats généraux et spécifiques de l'étude décrite dans la première partie de l'ouvrage. Le chapitre septième aborde également le problème de l'imputabilité relative à la production des faits de réalité révélés dans l'ouvrage.

4. LES RÉSULTATS DE NOS TRAVAUX D'ÉTUDES ET LA TENEUR DU DISCOURS SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL SUR LE SUJET : COMPARAISON

Retour à la tdm.

Que faut-il faire pour diminuer l'incidence de la maladie? Faut-il intervenir auprès des populations ou auprès des individus qui en font partie? Cette question pose le problème de la distinction entre la morbidité comme phénomène social, et la maladie comme phénomène biologique et organique. Lorsqu'est évoqué dans la conversation courante le rapport entre la santé des populations et les facteurs sociaux qui la déterminent, rares sont ceux qui prennent soin de définir les termes utilisés afin de distinguer les phénomènes sociaux de ceux qui n'appartiennent pas à cet ordre particulier de phénomènes humains. Par exemple, la pauvreté des individus souvent invoquée comme un déterminant social de la maladie n'est en réalité et en partie seulement que la manifestation d'un fait social beaucoup plus fondamental, soit la pauvreté de la **population** à laquelle les individus appartiennent respectivement. Ainsi les confusions engendrées par les ambiguïtés du discours contribuent-elles à faire en sorte que les aspects fondamentaux du sujet sont très peu traités dans la littérature et partagés par peu de spécialistes, contrairement aux aspects plus superficiels. Quelques ouvrages de synthèse existent cependant pour faire le point de l'état des connaissances et des consensus établis en cette matière.

Dans cette perspective le sujet traité dans ce chapitre sera développé conformément à une progression partant du plus fondamental et moins partagé, au plus général et universellement accepté. Les extraits des ouvrages qui serviront de référence, ont été choisis en fonction de leur caractère synthétique, du souci manifesté par leurs auteurs de faire le point sur l'ensemble des connaissances acquises en la matière, de la crédibilité de ces auteurs et de la réputation de leurs sources. Ces ouvrages serviront de toile de référence pour montrer le rapport entre les résultats de nos travaux de recherche et la revue des connaissances acquises ayant trait au sujet.

4.1. Les éléments fondamentaux de la problématique

4.1.1. Les caractéristiques communes aux faits sociaux

Plus fondamental encore que la pauvreté des populations, ce paragraphe traite des éléments de connaissance corroborés par les faits vérifiés au Québec qui donnent lieu de prétendre que l'incidence de la maladie des populations constitue la manifestation d'un **fait social**. Les phénomènes sociaux dont il est question ici sont ceux qui par *définition* agissent sur des *sociétés* entières – régionales, nationales et même locales – et qui, par voie de conséquence, influencent les individus qui en font partie, mais de **l'extérieur**.

Ainsi, la corrélation très élevée de –85 % mesurée à l'échelle des *régions* plutôt qu'à celle des individus entre le niveau de revenu des populations et leur niveau de consommation de services confirme la pertinence de cette assertion; et s'il en était autrement

alors il faudrait convenir de la fausseté d'un fait reconnu universellement. Il faudrait alors admettre que la pauvreté n'est pas un déterminant de la santé puisque l'incidence de la maladie varierait indépendamment du degré de pauvreté des *populations*, ou plus invraisemblable encore, que l'offre plutôt que le besoin détermine la demande de services; en d'autres termes, que les individus consomment des services hospitaliers parce qu'ils ont accès à des ressources et non parce qu'ils sont malades[43].

Une seconde particularité pointe l'organisation des sociétés concernées dont certaines caractéristiques entretiennent, de façon plus ou moins permanente et à un niveau variable selon les sociétés, l'action des déterminants sociaux responsables de la maladie des personnes, et ceci conformément au modèle explicatif que nous avons vérifié.

Cet aspect est démontré par l'existence d'un niveau de consommation de services propre aux *sociétés* régionales concernées, lequel demeure **constant sur de longues périodes**, *indépendamment du niveau de ressources disponibles et accessibles* dans l'environnement. Or cette invariabilité pendant de longues périodes, constitue au-delà de toute autre, la manifestation particulière d'un **fait social**; un fait social qui se vérifie, de la même manière, dans le cas du taux de suicide qui caractérise en propre des sociétés entières.

[43] À l'évidence, l'offre de service limite la demande au lieu de la créer.

GRAPHIQUE 15

GRAPHIQUE 16

« **Les facteurs sociaux de la morbidité » : qu'est-ce que cela signifie au juste**?

Les observations de la réalité québécoise apparaissant au graphique 15 sont congruentes avec la teneur d'un article fondamental intitulé « Social determinant of health and Disease » (Symes[44], 1986). Le point de vue exprimé dans cet article est illustré au graphique 16.[45] Dans cet article extrait d'un ouvrage de référence fondamental, on retrouve une synthèse de l'avancement des connaissances scientifiques actuelles au sujet du rapport entre les facteurs sociaux et l'incidence de la maladie dans les populations. La citation suivante, extraite de l'article pose la problématique du sujet.

---

[44] L'auteur est professeur d'épidémiologie à l'Université de Berkeley en Californie. L'article de Symes a été publié au chapitre 23 de l'ouvrage Last J.M. « *Public Health and Preventive Medecine* », 12e édition, Appelton-Century-Croft, Conn. 1986, p. 953-971.

[45] Source : Durkheim, Émile, *Le suicide*, PUF, 26e édition, 1960, p. 14; Population et Société, mai 1981, no 147; Morissette, D. et al., « Le suicide et l'âge au Québec », *Cahier québécois de démographie*, vol. 12, art. 1, 1983, p. 7-28.

« SOCIAL FACTORS AND THE INCIDENCE OF DISEASE

The first modern argument for the inclusion of social factors in environmental studies of disease etiology was that offered by Emile Durkheim in his classic research on suicide. Durkheim's book, Le Suicide, was published in France in 1897, but was not translated into English until 1951. This work is among the very first examples of the systematic and organized use of the statistical method to further the sociocultural investigation of disease. In this research, Durkheim noted that although suicide is one of the most individualistic acts imaginable, it can be understood only in terms of the social setting within which it takes place…

Durkheim acknowledged that there were many different reasons for committing suicide (e.g., economic problems, sickness, personal failure); he pointed out, however, that suicide rates differ among social groups and such differences persist over time and cultural setting, even though individuals may come and go and individual problems may vary within the groups. ***To explain this difference in group rates, Durkheim argued, one must refer to social factors. He reasoned that if different groups have different suicide rates, there must be something about the social organization of the groups that encourages or deters individuals from suicide****. Durkheim's research led him to conclude that the major factor affecting suicide rates was the degree of social integration of groups…* ***As will be seen, this emphasis on the importance of social ties is a theme that emerges from current research as well. In addition to Durkheim's substantive contribution regarding suicide, is the important epidemiological observation that systematic, patterned differences in disease rates between groups must be explained in group terms. This idea continues to be the major rationale for research on social factors in disease etiology today.***

During the last 30 years, research evidence has accumulated regarding the role of several social factors in disease etiology. Although most of this work has been done in reference to coronary heart disease, other diseases also have been studied. From this work, several themes can be identified that are supported by a relatively large body of consistent empirical evidence. »

Symes, 1986, p. 958.

Que l'incidence de la maladie dans les régions du Québec varie de la même manière que l'incidence du suicide à l'échelle des sociétés et pour des raisons analogues – mais pas nécessairement identiques – a de quoi surprendre. Pourtant dans le cas du suicide la signification de ce fait a été vérifiée et corroborée par plus de 100 années d'observations. À titre indicatif mais complémentaire, comparons, faits à l'appui, les affirmations de Symes à celles de Durkheim lui-même sur le même sujet. On notera par ailleurs que les groupes sociaux auxquels Durkheim réfère dans son étude, identifient les sociétés proprement dites et non seulement les sous-groupes qui les constituent.

« Chaque ***société*** *a donc, à chaque moment de son histoire, une aptitude définie pour le suicide. On mesure l'intensité relative de cette aptitude en prenant le rapport entre le chiffre global des morts volontaires et la population de tout âge et de tout sexe. Nous appellerons cette donnée numérique taux de la mortalité-suicide propre à la société considérée. On le calcule généralement par rapport à un million ou à cent mille habitants.*

Non seulement ce taux est constant pendant de longues périodes de temps, mais l'invariabilité en est même plus grande que celle des principaux phénomènes démographiques…

Le taux des suicides constitue donc un ordre de faits un et déterminé; c'est ce que démontrent, à la fois, sa permanence et sa variabilité. Car cette permanence serait inexplicable s'il ne tenait pas à un ensemble de caractères distinctifs, solidaires les uns des autres, qui, malgré la diversité des circonstances ambiantes, s'affirment simultanément; et cette variabilité témoigne de la nature individuelle et concrète de ces mêmes caractères, ***puisqu'ils varient comme l'individualité sociale elle-même. En somme, ce qu'expriment ces données statistiques, c'est la tendance au suicide dont chaque société est collectivement affligée****.* »

Durkheim, 1897, p. 10-14.

Paraphrasant Durkheim, en somme ce qu'expriment nos données statistiques sur la consommation de services hospitaliers, c'est la tendance à la maladie dont chaque société régionale du Québec est collectivement affligée.

Dans ce contexte, intervenir sur la santé des populations a pour implication d'agir sur les déterminants *premiers* de l'état de santé : soit sur ces caractéristiques propres à l'organisation sociale et qui entretiennent de façon *permanente*, les déterminants sociaux de la maladie dans chaque société régionale; des déterminants dont l'influence varie d'intensité d'une société régionale à l'autre. Ces caractéristiques de l'organisation sociale ont le pouvoir d'activer et de « régulariser » des dysfonctions qui, dans le cas de la maladie, ont leurs sources dans les fondements mêmes de la biologie humaine, soit dans le patrimoine génétique des individus. Dans le cas du suicide, ces caractéristiques ont le pouvoir de régulariser le choix le plus intime qui soit : celui de se donner la mort.

Par ailleurs, en négligeant d'analyser la réalité de la consommation de services, les responsables de recherche œuvrant dans le domaine ne peuvent avoir constaté les faits qui accréditent l'hypothèse selon laquelle l'incidence de consommation de services par les populations régionales est, à l'instar du taux de suicide, la manifestation d'un autre fait social, celui de la morbidité, elle-même explicable par l'invariabilité de ses déterminants : en l'occurrence le niveau de pauvreté des populations ou, plus précisément, le niveau de non-emploi qui caractérise en propre chaque population régionale. (Voir en première partie, le point 1.5C)

4.1.2. Les déterminants communs à une grande variété de maladies organiques

Un des résultats rapportés en première partie et qui, de prime abord, apparait le plus étonnant, met en évidence le niveau de corrélation très élevé et significatif entre le niveau de non-emploi des populations et une variété de maladies organiques couvrant plus de 85 % de la consommation hospitalière; de même, le constat relatif à l'existence d'une corrélation également très élevée entre le niveau de non-emploi et l'incidence de la consommation pour *tous* les groupes d'âge sans exception. Cette observation suggère même de concevoir la morbidité, soit la maladie considérée à l'échelle des populations, comme une *entité unique et ayant des caractéristiques propres et indépendantes de sa manifestation à l'échelle des individus* qui la subissent; en l'occurrence, la maladie proprement dite, qu'elle soit d'origine nerveuse, respiratoire ou cardiaque, ou autres. (Voir en première partie, le point 1.6)

Or, ce fait avait déjà été pressenti et même suggéré dans la littérature scientifique du domaine.

> *« Another possible explanation for the uneven pattern of research findings on social factors is that this research has used an inappropriate disease classification system. This point was discussed by John Cassel*[46] *who noted that a wide variety of disease outcomes was associated with* ***similar circumstances****. He cited the remarkably similar set of risk factors that characterize people who develop tuberculosis and schizophrenia, become alcoholics, and are victims of multiple accidents or commit suicide.* ***Cassel also noted that this phenomenon had generally escaped comment. To explain this, he suggested that investigators usually are "concerned with only one clinical entity, so that features common to multiple disease manifestations have tended to be overlooked"****.* »
>
> Symes, 1986, p. 964.

Plus encore, cette caractéristique propre à la distribution de la maladie est elle-même au cœur d'un débat fondamental opposant deux modèles, deux manières différentes de comprendre l'influence des facteurs sociaux sur la santé et la maladie. L'objet de ce débat est décrit dans la citation suivante.

[46] Cassel, J. « The contribution of social environnement in host resistance ». A. J. Epidemiol 104 : 107-123, 1976.

« If we could study all of the disease consequences associated with inadequate social support, we might develop a much clearer understanding of its importance for disease etiology. ***Indeed, by studying social support in relation to only one or another disease, we may be missing what is most important about the concept****.*

Let us pursue this example one step further. The fact that those with weak social supports have higher rates of many different diseases and conditions ***is not immediately plausible biologically****. Two models come to mind to account for this observation.* ***One model is that the concept of social support includes many diverse elements and that each of these elements separately influences the likelihood of different diseases****. This is often the explanation offered to account for the higher rate of so many diseases associated with cigarette smoking.* ***The second model is that social support affects the body's defenses so that with weak supports, people are more vulnerable to a wide range of disease agents. In this case, the presence of specific viruses, bacteria, or air pollutants would not result in disease unless the person was vulnerable to them. For this reason, the presence of weak social supports would predict whether or not people got sick, but not what disease they got. This latter model is attractive because it would account for the fact that several psychosocial factors are related to many different diseases (involving many organ systems) as well as the fact that most well-recognized disease-specific risk factors are only modestly predictive of those diseases****.*

In summary, an environmental perspective on disease may be of special value in developing more appropriate disease classification systems, in suggesting new ways of thinking about disease etiology, and in targeting intervention programs*.* »

Symes, 1986, p. 965-966.

La seconde option proposée par cette alternative est exactement corroborée par *les faits que nos travaux d'études ont mis en évidence dans la réalité québécoise* : la perspective avancée par des généticiens à propos des trois déclencheurs connus des *maladies multifactorielles* est explicative de la production d'une très grande variété de maladies organiques, en raison de l'affaiblissement des défenses biologiques qu'ils provoquent chez l'être humain. Or l'incidence de ces trois déclencheurs est elle-même déterminée par le niveau de pauvreté et de non-emploi des populations. Par ailleurs, la conception inspirée par cette seconde option est parfaitement congrue avec les approches socio-environnementales ou écologiques de la santé – fondées sur le fait social que nous avons *démontré* : *les déterminants sociaux de la maladie ne sont pas distribués au hasard entre les individus. Ils qualifient en propre des populations entières – des sociétés distinctes – indépendamment des individus qui en font partie*.

En guise de bilan

Dans ce contexte et en conclusion, il faut comprendre que, conformément à ces énoncés et en accord avec les faits qui se vérifient dans la société québécoise, la maladie des individus est en grande partie expliquée par la « maladie » de la société à laquelle ils appar-

tiennent respectivement : un genre de maladie engendrée par la privation, dans cette société, des moyens nécessaires à l'existence des individus qui la composent; ce genre de maladie se mesure, à la fois et de façon organique, par la rareté d'emploi dans les régions, la pauvreté endémique, le niveau d'exode démographique des jeunes, le niveau de morbidité et, en bout de piste, par la « surconsommation » de services médicaux qu'elle engendre. Autant de manifestations différentes, mais organiquement reliées les unes aux autres, d'une *désorganisation sociale* généralisée et érigée en système.

À ce sujet, il relève de l'évidence que l'intervention sur les facteurs sociaux qui influencent la santé des populations, et plus précisément leur niveau de morbidité, ne relèvent d'aucune manière des fonctions dédiées à l'administration des soins et des services. Ni les régies régionales, ni les administrations hospitalières, ni les membres de la profession médicale n'ont les moyens d'intervenir sur les facteurs sociaux qui, de l'extérieur, rendent les gens malades dans les populations. Les seuls moyens dont dispose le système de soins sont ceux qui permettent de soigner les individus *expost facto*. Dans ce contexte, le système de soins apparaît d'emblée comme un système palliatif ayant pour fonction de traiter les symptômes de problèmes sociaux sous-jacents : un système dédié au traitement des personnes malades et des maladies dont elles souffrent, au lieu des causes sociales qui engendrent et déterminent la maladie elle-même. Par ailleurs, ces distinctions, théoriques en apparence, cachent pourtant d'autres enjeux très pratiques. Imaginons par exemple une situation où les déterminants sociaux de la maladie produiraient davantage de maladies graves que le système de soins ne peut en soigner…

Ces quelques éléments figurant dans la littérature mettent en évidence l'état actuel de la recherche scientifique portant sur les déterminants sociaux de la santé et de la maladie. Il s'agit d'un domaine de recherche qui, même au plan international, n'est encore qu'au stade embryonnaire à notre connaissance; un domaine où les références à des ouvrages datant du siècle dernier, ceux de Durkheim en particulier, s'avèrent encore aujourd'hui les références essentielles pour comprendre le rapport entre l'organisation d'une société et les effets qu'elle engendre sur les individus qui en font partie.

4.2. Les consensus établis au plan international sur les questions relatives à l'état de santé des populations

L'acquisition de certitudes à propos des déterminants sociaux de la santé, ne passe pas seulement par les voies de la recherche scientifique. En comparaison, le recoupement des expériences et des connaissances empiriques partagées par les praticiens du domaine occupe une place prépondérante dans la fixation des connaissances et des certitudes acquises. Or il existe, à ce sujet, un certain nombre de propositions faisant *consensus* au plan international qui, à défaut de démonstrations scientifiques dans le domaine, ont permis d'énoncer l'état des connaissances acquises et partagées par tous. Il appert à ce sujet que les résultats de nos travaux démontrent la vérité de ces propositions acquises par les praticiens.

L'ampleur du consensus

Au Québec, une certaine pensée voudrait que l'amélioration de la santé des populations coïncide avec la sommation des pratiques professionnelles et administratives dont l'objet consiste à dispenser des soins aux malades, cas par cas. Par comparaison, pour un ensemble de représentants autorisés à se prononcer sur le sujet, et provenant d'une pluralité de pays, les soins aux malades occupent la *dernière priorité* parmi l'ensemble des gestes à poser pour promouvoir l'état de santé des populations.

Pour bien comprendre la signification de cette proposition, il importe de rappeler la signification du mot « priorité ». Le mot ne signifie pas comme on l'utilise dans la conversation courante *ce qui est plus important qu'autre chose* mais bien *ce qui passe en premier dans le temps*, et avant toute autre chose[47]. Selon ce point de vue, *il faut assurer la santé des populations pour pouvoir assurer celle des individus* plutôt que *c'est en rétablissant la santé des individus qu'on peut assurer celle des populations*; comme *il faut assurer la santé de la forêt pour préserver celle de chacun des arbres*. Cette conception a été endossée par les représentants de 38 pays participants à la conférence de l'OMS à Ottawa en 1986; une conférence au terme de laquelle a été énoncée la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé. Celle-ci *se* présente comme suit.

[47] Voir le dictionnaire français.

« Cette CHARTE pour l'action a été élaborée et adoptée par une conférence internationale organisée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé, le Ministère canadien de la Santé et du Bien-être social de l'Association canadienne de santé publique. Deux cent douze délégués de 38 pays se sont rencontrés du 17 au 21 novembre 1986 à Ottawa (Canada) pour échanger connaissances et expériences en promotion de la santé.

La Conférence a stimulé un dialogue ouvert entre profanes et professionnels de la santé et d'autres secteurs, entre représentants des agences gouvernementales, bénévoles et communautaires, ainsi qu'entre politiciens, administrateurs, universitaires et praticiens. Les praticiens ont eu l'occasion de coordonner leurs efforts et de mieux définir les grands problèmes, tout en renouvelant leur engagement individuel et collectif face à l'objectif commun de la Santé pour tous d'ici l'an 2000.

Cette CHARTE pour l'action reflète l'esprit de celles qui l'ont précédée, dans lesquelles on reconnaissait et traitait ***les besoins des populations****. Elle présente les stratégies et méthodes fondamentales de promotion de la santé que les participants considèrent indispensables à l'accomplissement de progrès majeurs. Le rapport de la Conférence traite en détail les questions soulevées, offre des exemples concrets et des suggestions pratiques sur la façon dont nous pouvons faire de réels progrès, et précise l'engagement exigé des nations et des groupes concernés.*

La démarche vers une nouvelle santé publique est désormais évidente dans le monde entier*. Elle a d'ailleurs été confirmée non seulement par les expériences, mais aussi par les engagements des participants de la Conférence; ceux-ci, qui étaient invités à titre individuel en fonction de leur spécialisation, représentaient les pays suivants : Angleterre, Antigua, Australie, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Danemark, Écosse, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Ghana, Hongrie, Islande, Israël, Italie, Japon, Malte, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Pays de Galles, Pologne, Portugal, République démocratique allemande, République fédérale allemande, République d'Irlande, Roumanie, St. Kitts-Nevis, Soudan, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Ulster, Union des Républiques Socialistes Soviétiques et Yougoslavie. »*

Extrait de la Charte d'Ottawa, 1986.

L'objet du consensus

Les extraits suivants permettent minimalement de constater que, pour les signataires de la Charte d'Ottawa, l'expression « besoins des populations » signifie quelque chose de différent de « besoins des individus ou des bénéficiaires », et que les point de vue qui y sont développés intègrent la totalité de l'expérience acquise mondialement. Or, parmi les énoncés de la Charte, on retrouve ceux qui ont trait à la *nature des interventions à réaliser* en promotion de la santé – cinq en tout – et dont *les deux plus prioritaires* sont décrits dans les termes suivants.

« L'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTÉ SIGNIFIE QUE L'ON DOIT :

ÉLABORER UNE POLITIQUE PUBLIQUE SAINE

***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 une plus forte **égalité**. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics 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**..., ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.*

CRÉER DES MILIEUX FAVORABLES

***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. »*

Extrait de la Charte d'Ottawa, 1986.

Les énoncés figurant dans cette citation étaient même assortis d'engagements dont le premier est énoncé comme suit :

« L'ENGAGEMENT FACE À LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Les participants de cette conférence s'engagent :

- *à intervenir dans le domaine **des politiques publiques saines** et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs. »*

Extrait de la Charte d'Ottawa, 1986.

Ces énoncés montrent, hors de tout doute, que la promotion de la santé est incompatible avec les actions de toute nature qui entretiennent le processus de la désintégration des régions, au sens où ces actions contribuent à faire des régions des milieux défavorables à la santé des populations qui y vivent. Il s'agit de surcroît d'un point de vue partagé à l'échelle de la communauté internationale.

À cet égard, nos travaux d'études rapportés en première partie démontrent, hors de tout doute également, que ces *engagements* n'ont jamais connu de suite au Québec; cette démonstration réfère aux corrélations très élevées, mesurées à l'échelle des populations régionales, entre leur niveau de non-emploi, leur niveau de revenu, leur niveau de consommation de services hospitaliers, et surtout leur propension à l'exode démographique; des corrélations qui montrent que pour toute la période comprise entre 1982 et 1993 soit avant et après la mise en circulation de la Charte d'Ottawa (1986), les écarts interrégionaux de santé sont demeurés constants et en *corrélation très étroite avec les deux déterminants connus et interchangeables du niveau de santé des populations, le revenu et l'emploi*. De plus, l'analyse réalisée pour l'année 1993 soit à la fin de la période étudiée, démontre que le niveau de consommation de services n'est que marginalement relié à l'administration du réseau de services – 10 % en tout, comprenant les pratiques médicales différentielles, l'organisation des services et la performance des établissements – alors que les déterminants de la santé expliquent à eux seuls 83 % des écarts interrégionaux de consommation. (Voir le tableau 5) En d'autres termes, les gens consomment des services hospitaliers, a priori, parce qu'ils sont malades et non parce qu'existent des ressources; ce que confirme d'ailleurs la corrélation de 92,63 % entre le niveau de morbidité et le TI. (Voir le tableau 8 et le graphique 17)

En substance, l'état de santé des populations varie entre les régions du Québec dans les mêmes proportions que les déterminants qui assurent le maintien des individus dans leur milieu. Dans ce contexte et dans le sens des énoncés de la Charte d'Ottawa, la santé des populations doit être considérée dans une perspective à la fois sociale et écologique; alors que l'incidence de la maladie doit être vue comme la manifestation d'une incapacité des individus de s'adapter à un milieu de vie défavorable. Cette incidence différentielle constitue, en l'occurrence, la manifestation d'une politique publique inadéquate favorisant le maintien des inégalités sociales qui engendrent la maladie.

Les déterminants de la santé et les trois déclencheurs connus des maladies multifactorielles

« CONDITIONS PRÉALABLES À LA SANTÉ

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base. »

Extrait de la Charte d'Ottawa, 1986.

Les *déterminants de la santé*, identifiés par les auteurs de la Charte d'Ottawa comme des *conditions préalables* de la santé[48], sont limpides, précis et laissent peu de place à l'argutie. De plus ils reprennent *intégralement* les propos que tenait l'UNESCO, en 1968, bien avant la publication de la Charte d'Ottawa.

*« Cependant, en dernière analyse, il est certain que c'est pour une grande part l'amélioration de la situation économique, des conditions de vie et de l'alimentation des masses qui se trouve à la base de la réduction de la mortalité et des progrès de la santé. Les rapports sanitaires sont unanimes à ce sujet : c'est parmi les couches économiques les plus basses et dans les quartiers surpeuplés et à logements insalubres que se manifestent le plus fréquemment la plupart des maladies (sauf les maladies de dégénérescence). **Une alimentation insuffisante** déterminait non seulement, dans les cas extrêmes, des maladies de déficience, **mais un manque général de résistance devant des maladies** telles que la tuberculose. »*

*La médecine a montré les possibilités spectaculaires d'élévation de taux de survie dans les pays sous-développés, **grâce à une amélioration substantielle du niveau économique et des conditions de vie**, et les progrès effectués dans les pays industrialisés, au cours des années qui nous intéressent, **sont intimement liés à l'élévation du niveau des revenus des individus dans ces pays**.*

Histoire du développement culturel et scientifique de l'humanité – U.N.E.S.C.O., Robert Laffont, Vol. VI, Tome 1, 1968, p. 450.

Un fait à signaler : dans la nomenclature des conditions préalables à la santé qu'ont retenu les auteurs de la Charte ne figurent ni les médecins, ni les infirmières, ni les hôpitaux, ni les régies régionales. Logiquement, il ne s'agirait pas là d'un oubli de la part des cosignataires de la Charte car ces instances ont toutes pour fonction de restaurer la santé des individus rendus malades, et non celle d'assurer les conditions préalables à la santé des populations, constituant l'objet même de la Charte d'Ottawa. Par contre, les conditions préalables qui sont énumérées dans la Charte échappent toutes au contrôle de ces instances. En regard de la paix, nous pouvons constater que nous ne sommes pas en guerre. Le revenu : un revenu suffisant ne fait pas partie de la liste des prescriptions médicales autorisées. Quant à la nourriture et à la qualité du logement, ces deux facteurs sont liés au revenu. Pour l'illustrer, au Canada, la suffisance du niveau de revenu des individus et des familles est établie selon le pourcentage du revenu disponible consacré à l'acquisition de biens de première nécessité, dont en particulier la nourriture et le logement (un abri).

Par ailleurs à la lecture du chapitre deux du présent ouvrage, on pourra constater que la nourriture et le logement – dont la qualité est limitée par le niveau de revenus – coïncident intégralement avec deux des trois facteurs, que les généticiens identifient comme des déclencheurs de l'ensemble des maladies multifactorielles.

[48] Il faut concevoir que lorsque les conditions préalables de la santé ne sont pas satisfaites, les gens peuvent devenir malades; de ce fait, les déterminants de la maladie sont les conditions préalables à la santé qui ne sont pas satisfaites.

En résumé, les résultats de nos travaux démontrent, par les données de la réalité, la pertinence et la vérité, dans le contexte québécois, des propositions avancées par les auteurs de la Charte d'Ottawa sur les déterminants de la santé des populations. Cependant il s'agit, dans notre cas, d'une démonstration par *la négative* : en effet, à défaut d'instaurer dans les régions les conditions préalables à la santé par la mise en place de politiques publiques saines – assurant une certaine égalité des chances de ne pas devenir pauvre et malade – on aurait plutôt entretenu des conditions sociales écologiquement défavorables à la santé des personnes. Cet état de fait se solde et se mesure, entre autres, par la production de morbidité et par des écarts de niveau de consommation de services qui, en 1993, variaient du simple au double entre les régions du Québec.

Une dimension fondamentale non évoquée par les auteurs de la Charte d'Ottawa

Cette dimension ignorée apparaît clairement lorsqu'on s'interroge pour savoir ce qu'il faut faire pour assurer, dans les régions du Québec, la principale condition préalable à la santé, soit le revenu; et également lorsqu'on s'interroge pour savoir comment les énoncés de la Charte rendent compte du troisième déclencheur connu des maladies multifactorielles, soit le stress chronique. Ces deux questionnements trouvent réponse en identifiant le déterminant quasi exclusif du niveau de revenu des populations soit le niveau d'emploi, et conséquemment le déterminant de leur niveau de pauvreté – donc le déterminant social de la maladie – le niveau de **non-emploi**.

Cette dimension a été couverte au premier chapitre de notre ouvrage où on constate que le niveau de non-emploi est la cause quasi exclusive du niveau de pauvreté des populations : le revenu moyen des populations étant déterminé principalement par les revenus d'emploi, alors que l'importance des paiements de transfert aux individus croît dans les populations en fonction du niveau de non-emploi mais dans une proportion qui influence marginalement le revenu moyen. (Voir à ce sujet le graphique 2)

Par ailleurs les travaux d'un canadien et candidat au prix Nobel, le docteur Hans Selye[49], portant sur les causes du stress chronique chez les personnes, associent **le travail** à une *nécessité biologique de l'être humain*.

[49] Selye, Hans, « Stress sans détresse », éd. La Presse, 1974, 175 p.

« Tout code de comportement fondé sur les lois biologiques se doit de reconnaître le ***Travail*** *comme une nécessité fondamentale de l'être humain, et tout particulièrement le travail dont on peut récolter les fruits. »*

Selye, 1974, p. 22.

« Le grand médecin canadien, William Osler, reconnaissait la signification du travail dans cet hommage qu'il lui rendait. À la jeunesse, il apporte l'espoir, à l'âge mûr, la confiance, et au grand âge, le repos. ***Il est directement responsable de tous les progrès de la médecine au cours des vingt-cinq dernières années****. Outre qu'il est la pierre angulaire du progrès, il est aussi la jauge de la réussite dans la vie de chaque jour. Et ce maître mot, c'est le* ***Travail****. »*

Selye, 1974, p. 92.

Il en ressort qu'en tant que déterminant majeur du niveau de stress chronique des individus, et déterminant premier du niveau de faible revenu des populations – donc des insuffisances nutritives chroniques et de la mauvaise qualité de l'habitat qui en découlent – **le niveau de non-emploi constitue le déterminant premier du niveau de morbidité des populations et par conséquent de leur niveau de consommation de services hospitaliers**. C'est ce que démontre l'ensemble de nos travaux, notamment les corrélations très élevées rapportées au premier chapitre entre le taux d'inoccupation et le niveau de consommation de services, par année, par grand groupe diagnostique et par groupe d'âge.

La mesure du niveau de non-emploi des populations comme manifestation d'une insuffisance conceptuelle de la recherche contemporaine

Il apparaît inconcevable de constater *qu'à ce jour aucune* discipline scientifique n'ait encore développé un concept assorti de mesures appropriées pour décrire et mesurer le rapport explicatif nécessaire existant entre le non-emploi et la pauvreté des populations : un fait social pourtant aussi universel que dévastateur.

Il s'agit là d'une *lacune scientifique fondamentale* ayant pour conséquence pratique qu'au Québec, toutes les interventions produites jusqu'à maintenant sur la pauvreté, *en tant que phénomène social*, se sont soldées soit par des échecs, soit même par de l'aggravation du problème. Nos résultats rendent compte de ce fait à travers l'étude de la morbidité. En effet, comment peut-on intervenir sur un phénomène comme la pauvreté dont on ne saurait même pas mesurer la cause, soit le niveau de non-emploi?

Le concept de « pauvreté » fait-il partie des concepts nécessaires en science pour expliquer le monde réel? Si oui, alors comment expliquer qu'on mette régulièrement en rapport avec la pauvreté, le concept *d'inactivité économique* qui exclut, par définition, tous les chômeurs, ou pire encore le *taux de chômage*, soit un *pourcentage de la population active* qui exclue, par définition, environ 80 % de ceux qui ne travaillent pas dans une population (les inactifs).

Comment expliquer qu'on tolère l'utilisation d'une mesure aussi ambiguë que le *taux de chômage* pour rendre compte des fluctuations de l'emploi et de la pauvreté, sachant que l'importance relative du chômage diminue lorsque les chômeurs ne trouvent pas d'emploi dans leur milieu, étant pour cette raison évacués de la population active, ou encore comptés parmi les émigrants ou les morts?

Un exemple extrême permet de l'illustrer : une population qui serait constituée de 100,000 personnes assistées sociales, retraitées, à la maison ou en institution mais disposant *d'un seul travailleur* serait réputée avoir atteint le plein emploi d'après la mesure du taux de chômage. En effet, le plein emploi est mesuré par un taux de chômage inférieur à 3 % alors qu'une telle population ne comprend aucun chômeur! Un autre exemple : le taux de chômage se traduit en anglais par l'expression « *unemployment rate* », littéralement « *taux de non-emploi* », même si cette mesure n'inclut pas les inactifs qui comptent au Québec pour 80 % de ceux qui n'occupent pas d'emploi parmi la population âgée de 15 ans et plus.

Le niveau de non-emploi mesuré par le *taux d'inoccupation* comble cette lacune (voir à ce sujet son historique au chapitre 6). L'ampleur des corrélations obtenues avec le TI démontre sa capacité de rendre compte des phénomènes liés à l'incidence de la maladie, conformément aux théories universellement acceptées.

Pour juguler la progression de la morbidité dans les populations

En guise de conclusion, que faut-il faire pour juguler la prolifération de la maladie dans les populations, *tout en réduisant* les coûts de services aux malades? Il faut faire chuter, dans les régions concernées, le niveau de non-emploi mesuré par le TI; car comme le démontre le graphique 5, quelle que soit la région, pour chaque accroissement de 1 % du TI, le niveau de consommation de services augmentait de 28 jours d'hospitalisation par 1000 habitants en 1993-94; indissociable de ce constat, le niveau de *morbidité* augmentait pour sa part de 1,7 personnes malades par 1000 habitants, comme l'illustre le graphique 17.

GRAPHIQUE 17

Par ailleurs, en resituant les résultats de nos travaux d'études dans la perspective des énoncés de la Charte d'Ottawa, ceux-ci démontrent que les engagements des promoteurs de la Charte en 1986, n'ont pas été suivis au Québec. Ces résultats trahissent en effet l'orientation vérifiable de politiques publiques axées sur le maintien des inégalités sociales. Ils rendent évidente également une totale absence de préoccupation jusqu'à maintenant manifestée par le monde de la recherche au Québec, pour l'évaluation du rendement de ces politiques, sur la base des résultats mesurables découlant de leur application.

4.3. L'écart entre ce que tout le monde sait sur les déterminants de la santé des populations et ce que tout le monde ignore sur le même sujet

À l'évidence, tous n'ont pas le loisir de faire de la recherche sur un sujet aussi vaste que l'état de santé des populations. En outre, très peu de gens ont accès aux synthèses de connaissances et d'expériences, telles les publications de l'UNESCO, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dont la Charte d'Ottawa constitue une application. Est-ce

que cela signifie pour autant que les citoyens ordinaires vivent en totale ignorance de ce sujet, lequel ne serait accessible qu'aux seuls initiés? Ce que tout le monde sait sur la santé des populations contredit-il ce que prétendent les spécialistes du sujet? Quelle part de connaissance peut-on reconnaître accessible à tous, à travers l'expérience vécue au jour le jour? Tel est l'objet de ce paragraphe.

Ce que presque tout le monde ignore

À peu près tout le monde semble ignorer que la santé ou la maladie constitue, à l'échelle des populations, **un fait social** avant de constituer un fait de nature individuelle, biologique ou psychique. Par voie de conséquence et dans cette perspective, il est impossible de limiter l'incidence de la maladie dans les populations régionales tout en négligeant de restaurer, dans les sociétés régionales, les conditions sociales adéquates qui favorisent la santé. L'incidence de la maladie est le résultat d'une organisation sociale déficiente créant des milieux de vie défavorables au maintien de la santé des personnes qui y vivent. Or cette dimension de la santé ne se traite pas dans les cabinets privés, dans les hôpitaux ou dans tout autre endroit de dispensation de soins aux malades.

Ce qu'à peu près tout le monde sait sur les déterminants de la santé

Le premier venu parmi les finissants de CEGEP sait que pour échapper à la pauvreté et à ses conséquences, il lui faut trouver un emploi. Il sait également qu'on trouve difficilement de l'emploi là où l'emploi est rare, et que s'il vit dans un tel milieu, il lui faudra émigrer. Il connaît également le dicton rendu populaire par l'humoriste Yvon Deschamps « *il vaut mieux être riche et en santé que pauvre et malade* ». Par simple déduction sur cette base, cet étudiant de CEGEP saura que dans les milieux où la pauvreté sévit davantage qu'ailleurs, on risque de retrouver davantage de malades qu'ailleurs. C'est ce qu'affirme le discours scientifique corroboré par notre vérification des faits de la réalité.

Bref, cet étudiant de CEGEP connaît intuitivement tous les éléments sémantiques du modèle explicatif développé et démontré au chapitre 3. Il sait même les disposer suivant la bonne syntaxe. *À cet égard, il est possible qu'il en sache plus que certains spécialistes québécois contemporains ayant écrit sur le sujet. Cette* connaissance lui est accessible à travers l'expérience vécue des phénomènes sociaux, fondamentaux et universels qui déterminent le sort de toute société et de toute population, non à travers certains livres regorgeant de théories non démontrées, formées d'opinions ou de « petites idées » gratuites. Les fondements de ces propos seront démontrés au cinquième chapitre.

L'écart entre ce que tout le monde sait et ce que tout le monde ignore

Ce qui est facilement perceptible, et bien perçu à travers l'expérience individuelle, n'est en réalité fondé qu'au plan social, soit à l'échelle des populations et des sociétés. Cette distinction entre le niveau individuel et social est même source d'une grande confusion : en effet les pauvres, comme les malades, ne constituent pas des *populations*, alors que dans les faits, la pauvreté comme l'incidence de la maladie se développent dans des po-

pulations spécifiques et distinctes, par des mécanismes qui échappent à l'emprise des individus.

À un niveau supérieur, ce qui est fondé au plan social, n'est mesurable et accessible qu'à travers *l'étude statistique des faits sociaux.* Les résultats de ces analyses doivent nécessairement rendre compte de l'expérience acquise par les individus de la vie en société; sans quoi ils n'auraient aucun intérêt. À ce sujet, une certitude s'impose : tenter de corriger un problème social en multipliant les interventions individuelles, cas par cas, est irrémédiablement voué à l'échec. D'ailleurs, l'expérience acquise en matière de prévention du suicide le démontre assez bien. Dans certains contextes, le « laisser faire » peut même se solder par de véritables catastrophes au plan social; a fortiori, lorsque les faits sociaux dont il est question ne sont explicables que par la désintégration des sociétés.

En cette matière, les résultats obtenus révèlent la pertinence et *l'efficacité des moyens utilisés*, sans égard à la générosité des objectifs et des finalités poursuivies. Ce qui vaut, à l'échelle sociale, pour le suicide vaut également pour la santé et la pauvreté. La caricature suivante illustre, on ne peut mieux, l'objet de la confusion entre ce que tout le monde sait et ce que tout le monde ignore au sujet de la santé des populations.

UNE IMAGE QUI VAUT MILLE MOTS

REPRODUIT AVEC LA PERMISSION DU QUOTIDIEN LE DEVOIR

5. LA RÉGRESSION DU DISCOURS ACADÉMIQUE QUÉBÉCOIS SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DES POPULATIONS

Retour à la tdm.

5.1. L'importance du sujet

Quel intérêt y a-t-il à comparer ce que tout le monde sait sur la santé des populations au discours qui circule dans les officines intellectuelles québécoises sur le même sujet? Pour comprendre l'importance de la question, il faut constater la contradiction que met en évidence la teneur du discours scientifique rapportée au chapitre quatre et les résultats démontrés en première partie sur les écarts chroniques de santé qui sévissent entre les populations régionales du Québec : cette contradiction met en opposition le discours portant sur *ce qui aurait dû être fait* et la réalité de ce qui a été réellement fait. Pourquoi, au Québec, existe-t-il un tel décalage entre ce discours et la réalité? Dans le but d'apporter une réponse à cette question, il faut en référer à la configuration des pouvoirs mis en cause dans l'amélioration de la santé des populations. Rappelons de prime abord que le *pouvoir* réfère essentiellement à la capacité d'un tiers, de faire faire à d'autres ce que ceux-ci n'auraient pas fait sans l'intervention de ce tiers.

Institutionnellement, on distingue deux genres de pouvoir : le *pouvoir exécutif* ayant mandat d'exécuter et de faire exécuter des directives provenant d'ailleurs. De ceux et celles qui assument un pouvoir exécutif, on attend généralement que les directives émanant d'ailleurs soient *bien* exécutées : *bien faire* ce qui est exigé par autrui, constitue de ce fait, le critère d'excellence. Ceux qui assument ce pouvoir d'exécution répondent eux-mêmes à d'autres instances qui, elles, sont investies du pouvoir de *décider*. Pour ceux et celles qui sont investis du *pouvoir décisionnel*, le critère d'excellence consiste à faire faire les *bonnes choses* : donc à prendre les bonnes décisions. On réalise aisément, à l'aide de cette nomenclature, quels genres de problèmes peuvent créer des dysfonctions dans un système, en constatant a posteriori les résultats obtenus des décisions arrêtées et exécutées antérieurement : *avoir mal exécuté de bonnes décisions* pointe les fonctions assumées par les pouvoirs exécutifs. Mais *avoir bien exécuté de mauvaises décisions* peut entraîner des résultats catastrophiques dont les décideurs sont imputables en principe.

Le pouvoir des conseillers

Dans le but d'éviter ce genre d'éventualité, on vit de tout temps se développer dans l'environnement de ceux qui exercent les pouvoirs décisionnels et exécutifs, un troisième cercle de pouvoir exercé celui-là par des conseillers : le pouvoir *consultatif*. Ce pouvoir est exercé par ceux et celles qui, en raison de l'expertise qu'ils possèdent ou de leurs talents personnels, peuvent éclairer ceux et celles qui sont investis de pouvoirs décisionnels ou exécutifs dans l'exercice de leur fonction.

Au Québec, l'influence exercée par ce pouvoir consultatif et informel est aussi considérable qu'elle peut être lourde de conséquences. En effet, faire prendre de mauvaises déci-

sions à des décideurs peut avoir des conséquences catastrophiques dont les citoyens devront porter le poids par la suite.

En principe, le « recrutement » des conseillers est fondé sur un critère de réputation d'expertise. Les experts, surtout ceux qui proviennent d'institutions extragouvernementales comme les milieux universitaires par exemple, jouissent du privilège de se prononcer ouvertement et avec autorité sur les sujets pour lesquels leur expertise est requise. De ces prémisses découle un ensemble de questions que pose ce chapitre, sans qu'il soit ici nécessaire d'y répondre à la place du lecteur.

Des questionnements

À qui les citoyens doivent-ils se plaindre lorsque les décisions dont ils subissent les effets ont pour *origine véritable les recommandations* provenant de conseillers dont le discours tenu publiquement sur les matières relevant de leur expertise est en parfaite contradiction avec ce que tout le monde sait sur ces mêmes sujets?

Comment les pouvoirs exécutifs doivent-ils se comporter lorsque, dans les faits, ils sont tenus, par décideur interposé, d'exécuter les *recommandations* issues de ces mêmes conseillers non imputables? Dans telle éventualité, qui détient les véritables rennes du pouvoir : les citoyens à travers les institutions parlementaires, les décideurs nommés ou élus, ou les conseillers à travers les pratiques informelles du pouvoir consultatif?

La pertinence de ce questionnement apparaît clairement en comparant la teneur des constats mis en évidence dans les chapitres précédents à l'évolution du discours qui se tient dans les officines académiques où évoluent ceux qui conseillent l'État sur les matières touchant l'amélioration de la santé des populations.

Les principales étapes de cette histoire récente seront présentées en deux courtes phases. La première couvre la période du « déclin », comprise entre l'apogée que nous situons en 1992 et le moment actuel, alors que la seconde phase renvoie à l'état des connaissances acquises et partagées au Québec dans le domaine *avant* cette période de « déclin ». On pourra ainsi *comparer* les propos qui se tiennent aujourd'hui à ceux qui se tenaient hier et, dans certains cas, par les mêmes spécialistes du domaine.

5.2. Le déclin des connaissances affichées au Québec sur les déterminants sociaux de la santé

En retenant les énoncés de la Charte d'Ottawa comme référence des acquis faisant consensus sur le sujet, la première manifestation d'une régression des connaissances à être portée à notre attention, est toute entière décrite dans le questionnement qui fut posé par le premier comité d'experts constitué en 1995 pour traiter de ce sujet (voir l'introduction). Ce questionnement fut à l'origine des travaux d'études que présente cet ouvrage. Un fait important à retenir pour la suite tient à la composition de ce comité de cinq membres : il impliquait, entre autres, le Dr Raynald Pineault et était présidé par M.

André-Pierre Contandriopoulos. Pour les besoins de la démonstration, il est nécessaire de répéter ici, dans son intégralité, l'objet du questionnement posé par ce comité d'experts.

> *« Il est clair que la méthode de répartition des ressources développée par le Ministère [de la santé et des services sociaux] ne vise pas à soutenir ou à faciliter le développement socio-économique des régions.* ***Devrait-elle le faire****? La question a été soulevée lors des trois premières journées de séminaire du comité* ***sans qu'on n'y apporte de réponse****. Nous nous limiterons donc, ici, à replacer les termes de ce débat.*
>
> *Quel rôle doivent jouer les investissements collectifs, notamment ceux faits dans le système de soins, pour éviter l'appauvrissement et la désintégration des localités? En maintenant un certain niveau d'investissements collectifs, peut-on ralentir ou inverser le processus de désintégration des localités? Y a-t-il un seuil à partir duquel les effets redistributifs auraient un impact sur la dynamique socio-économique des communautés? Le développement socio-économique d'une région peut-il et doit-il reposer principalement ou en partie sur des emplois dans le secteur public? Comment peut-on assurer que de tels investissements jouent véritablement un rôle dans la dynamique socio-économique des régions?*
>
> *Les membres du comité n'ont pas de réponse à apporter à ces questions. »*
>
> Rapport du comité d'experts, 1995, p. 12.

Si l'on compare ces propos à ceux qui avaient été endossés dix ans auparavant par les promoteurs de la Charte d'Ottawa, le comité d'experts rencontré en 1995 s'interrogeait sur le bien-fondé d'intervenir en santé dans les régions où les facteurs de risque à la santé sont les plus considérables en raison des conditions socio-économiques qui y prévalent; et donc là où en principe, et toute proportion gardée, on devrait retrouver les plus fortes concentrations de personnes malades. Donc, dans les régions où, par voie de conséquence, l'ampleur de la demande de soins générée par le niveau de besoin devait être la plus considérable. « Doit-on donner des parkas plutôt que des frigidaires aux Inuits? » Telle était analogiquement, en fonction de connaissances universellement admises (à défaut d'être démontrées) la teneur du questionnement posé par le comité d'experts rencontré en 1995, en *conclusion* de leurs travaux.

Plus étrange encore, on s'interrogeait à savoir si le redressement des conditions socio-économiques des populations devait constituer une préoccupation du secteur public. Plus précisément et dans les termes de la Charte d'Ottawa, on s'interrogeait à savoir si la création de milieux de vie favorables à la santé par l'adoption de politiques publiques saines en matière de redistribution de fonds publics pouvait constituer une préoccupation du *secteur de la santé lui-même*; un secteur de service qui, comme on le sait, assure la dispensation des soins aux bénéficiaires du réseau de services, dont une bonne partie ont été affligés de maladie, précisément en raison des conditions socio-économiques prévalant dans leur milieu. À ce sujet, on constatait explicitement que les méthodes d'allocation de ressources développées par le MSSS ne traduisent aucune préoccupation de cet ordre, un fait qui ne s'est depuis lors jamais démenti jusqu'à maintenant.

Pourtant, dès cette époque, le *premier* article de la loi sur les services de santé et de services sociaux encore en vigueur actuellement, était particulièrement explicite à ce sujet. Cet article **premier** définit la nature même des **résultats** qu'on doit attendre de l'application de la loi :

> [Le régime de santé et de services sociaux] vise particulièrement à :
>
> - *réduire… la morbidité;*
> - *agir sur les facteurs déterminants de la santé et du bien-être;*
> - *atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être… au sein des différentes régions.*
>
> Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1993, art. 1.

Explicitement et objectivement, on reconnaissait que le premier article de la loi sur la santé, n'avait pas à être assumé par le ministère chargé de l'application de cette loi.

Un peu plus tôt, à l'époque même où la loi était votée, certains experts québécois commençait déjà à émettre des doutes, sans aucune raison apparente, sur la vérité de ce que tout le monde savait déjà, tant au plan international que dans l'opinion publique québécoise à propos du rapport de causalité existant entre la maladie et la pauvreté. En 1994, on « avançait » que cette relation méritait d'être qualifiée d'*hypothèse* intéressante à considérer. Ainsi, ce qui constituait jusqu'alors une certitude universelle, se voyait ravalé au rang *d'hypothèse intéressante*.

> *« Mais au-delà de cette constatation, nous savons peu de chose sur la manière dont le social agit sur le biologique. Bien que plusieurs* ***hypothèses explicatives fort intéressantes*** *se dessinent à propos de la vulnérabilité liée à certaines situations sociales, il est déplorable de constater le peu* ***d'investissements*** *consacrés à la compréhension de l'influence des déterminants sociaux sur la santé et le bien-être des populations. Or tout indique que les principaux gains de santé espérés par les collectivités résulteront vraisemblablement d'une meilleure compréhension de cette relation. »*
>
> Paquet, G. « Facteurs sociaux de la santé, de la maladie et de la mort » dans « *Traité des problèmes sociaux* », IQRC, 1994, p. 241.

Dans cette citation, on peut remarquer que l'inertie est ici mise au compte du manque de connaissances, et du manque de financement de la recherche, devant aider à mieux comprendre le rapport entre les processus sociaux et la santé. Pourtant, après plus de trente ans d'inertie, il apparaît plutôt troublant de constater qu'aucune hypothèse n'ait encore été formulée mettant en cause *l'absence de volonté de comprendre et d'agir*.

Quatre ans plus tard, en 1998, un second comité d'experts présidé cette fois par l'un des membres du comité d'experts de 1995, le Dr Raynald Pineault, se prononçait sur les ré-

sultats des travaux réalisés par la Régie-02 à l'instigation du comité de 1995. Le verdict était lapidaire et sans appel.

> *« La thèse qui sous-tend la méthode Côté*[50] *est très contestable. Elle n'est pas supportée par la recherche contemporaine et, du reste,* ***l'auteur*** *ne fait pas référence, ou presque, à des* ***écrits académiques*** *qui pourraient renforcer les assises de son argumentation et sa vérification par l'expérience. »*
>
> Pineault, R. et al., Le Rapport du comité d'experts, 1998, p. 5.

D'abord comment une collection d'écrits académiques, si imposante soit-elle, pourrait-elle infirmer des conclusions fondées sur l'analyse *exhaustive* des faits de la réalité? Comment peut-on douter de ces conclusions, a fortiori lorsqu'elles démontrent par les faits plutôt que par l'expérience subjective seulement, les vérités universellement partagées sur le sujet?

Or, d'après les affirmations de ce comité d'experts, composé principalement de québécois, il n'existerait aucun *écrit,* ou presque (par opposition à des travaux de recherche) sur les déterminants sociaux de la santé, qui identifient la pauvreté des populations comme le déterminant premier de leur état de santé; un déterminant manifesté autant par le niveau de morbidité des populations que par leur niveau de consommation de services. Dans les circonstances, la liste considérable de généticiens, de professionnels provenant de tous horizons – dont plusieurs sont de calibre international – qui ont apporté leur support actif à la réalisation des travaux présentés dans cet ouvrage pourraient tous aller se rhabiller. La liste sommaire de ces collaborateurs est reproduite à l'annexe 4. Les experts du comité de 1998 n'avaient pas réalisé *qu'au contraire* il en existe à la tonne de ces écrits académiques et non académiques sur le sujet; des écrits qui relatent l'expérience commune et acquise depuis plusieurs siècles de vie en société, des écrits **qu'ils étaient eux-mêmes tenus de connaître** pour mériter leur statut d'experts. Même Yvon Deschamps n'ignore pas ce que sait Plume Latraverse sur ce sujet, quand il chante : « Les pauvres, ils sont toujours malades… ».

En fait ces propos révèlent l'état déplorable du discours tenu et partagé actuellement par certains experts québécois qui ont écrit sur le domaine depuis 1992. Il révèle également leur aptitude discutable en matière de recherche, notamment sur les déterminants sociaux de la santé et de la maladie.

Il fallait aux membres de ce comité une dose *d'ignorance* peu commune, doublée *d'une irresponsabilité* bénie pour non seulement *renier d'un trait, explicitement, publiquement et par écrit, une preuve concernant la vérification dans la réalité, de ce que tout le monde sait sur le sujet. Plus encore il fallait un culot encore supérieur pour renier les écrits élaborés et publiés au Québec même et sur le même sujet* en 1991, à l'apogée de la « pensée idéologique » qui avait cours à l'époque.

---

[50] Le rédacteur du Rapport du Comité d'experts ayant sciemment choisi d'imputer à un membre du personnel de la Régie la *responsabilité de la position soutenue* par la Régie régionale du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

5.3. L'apogée des connaissances acquises au Québec au sujet de la santé des populations

Dans son numéro de juillet 1991, la revue *Sociologie et société* publiait un mémoire présenté par quatre membres québécois de l'Institut Canadien de Recherches Avancées (l'ICRA) et portant sur le thème « *Améliorer les politiques de santé* ». Comme ils l'expliquent eux-mêmes, ces membres s'étaient joints en 1988 au programme « population et santé » de l'ICRA, dont le mandat était libellé comme suit : « *Faire le point sur l'état des connaissances en matière de déterminants de la santé et en ce qui a trait aux programmes, politiques et interventions les plus efficaces pour agir sur ces déterminants et améliorer la santé de la population* » (p. 22). Ce groupe de quatre éminents universitaires était composé de *M. Marc Renaud*, sociologue de la santé de l'UQAM et directeur du Groupe de Recherche sur les Aspects Sociaux de la Prévention (GRASP), de *Mme Ellen Corin*, Phd, directrice de l'Unité de recherche psychosociale du centre de recherche de l'hôpital Douglas (affilié à l'Université McGill), de *M. Barry Pless*, professeur d'épidémiologie à McGill et directeur de l'Unité de Recherche Communautaire, Développementale et Épidémiologique de l'Institut de Recherche de l'Université McGill et enfin de *M. André-Pierre Contandriopoulos*, professeur titulaire au Département d'administration de la santé et directeur du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS). Dans ce dernier cas, on se souviendra que le professeur Contandriopoulos présidait le comité d'experts de 1995 qui, au terme de ses audiences, s'interrogeait sur le bien-fondé d'allouer les ressources de santé sur la base des critères socio-économiques.

5.3.1. Les aspects généraux

Dans leur mémoire publié, ceux-ci décrivent l'état des connaissances acquises sur le sujet en 1991, le tout regroupé en quatre thèmes. Ceux-ci seront examinés tour à tour et commentés à la lumière des résultats de nos travaux.

A. « Le rôle de l'environnement social, économique, culturel et physique

La donnée fondamentale de l'épidémiologie sociale contemporaine est l'association persistante entre le niveau socio-économique d'un individu et ses chances d'être malade et de mourir plus ou moins vieux. Par exemple, ***l'impossibilité pour un individu d'avoir une alimentation adéquate et un milieu de vie propre et sain, c'est-à-dire propice à la santé mentale et physique, semble créer une vulnérabilité plus grande à la maladie. L'association entre pauvreté et santé est extrêmement bien documentée; ce n'est pas notre rôle d'en reparler. L'évidence est maintenant suffisamment forte pour inciter les autorités publiques à agir.*** *»*

Renaud, M. et al., Mémoire des membres de l'ICRA, 1991, p. 28-29.

On pourrait croire, à la lecture de cet extrait, à un fac-similé des propos tenus cinq ans plut tôt par les promoteurs de la Charte d'Ottawa, à une nuance près cependant : les auteurs n'auraient pas vu la différence entre le niveau socio-économique des individus et celui des populations. Or, ce serait une erreur de le croire car, au paragraphe suivant de leur mémoire, cette nuance fondamentale qui distingue les dimensions individuelle et sociale de la réalité, a été introduite, prouvant ainsi que les auteurs du mémoire saisissaient bien la nuance.

> *Le problème est en fait très complexe et doit être regardé sous différents angles. Les études récentes montrent l'existence d'un gradient où les différences de santé séparent non seulement les groupes ayant le plus haut et le plus faible niveau socio-économique, mais également le groupe ayant le plus haut niveau et celui qui le suit. Ainsi, les données longitudinales concernant les fonctionnaires du Royaume-Uni indiquent que le risque relatif de décès par crise cardiaque est trois fois plus élevé chez les employés qui occupent des postes au bas de l'échelle que chez les hauts fonctionnaires, même lorsque l'on tient compte de la prévalence différente du tabagisme et des taux élevés de cholestérol.* ***Notons ici qu'il ne s'agit pas de populations pauvres*** *: tous les fonctionnaires ont des revenus raisonnables.*
>
> Renaud, M. et al., Mémoire des membres de l'ICRA, 1991, p. 29.

Après la déclaration relevée dans la citation précédente sur le *caractère indiscutable du rapport entre la santé et la pauvreté* – comme si tout le monde devait en être convaincu – ce dernier extrait laisse songeur en regard de l'existence de faits, de résultats de travaux de recherche d'envergure un peu plus considérable et *charnue que le risque de décès par crises cardiaques chez les fonctionnaires subalternes en Angleterre*, portant sur la réalité québécoise et pouvant être cités en exemple pour étayer le rapport entre la santé des populations et la pauvreté. Or, de tels exemples n'existaient pas, à notre connaissance, hormis certaines monographies de portée plus locale réalisées sur la mortalité dans le centre-ville de Montréal (Wilkins, R., 1976) ou dans l'arrière-pays de la Gaspésie (Barriault, C., 1984).

Cette carence invite nécessairement à chercher ailleurs, comme en Angleterre, les exemples et les faits utiles à la connaissance de la société québécoise, cependant que les données qui existent chez nous – et qui sont utilisées pour mesurer l'état de santé des populations – portent invariablement sur la mortalité. Ces mesures « permettent d'apprendre » que tant que les individus ne meurent pas, une population quelconque doit être considérée en bonne santé. Elles « permettent d'apprendre » aussi que les populations du Québec sont en bonne santé parce que les individus de chez nous meurent en général plus vieux que ceux des autres pays du globe. On n'a pas fait encore l'équation, pourtant simple, que chez nous le système de soins – le meilleur au monde à l'époque – s'interpose entre la maladie et la mortalité de sorte que la mortalité ne peut rendre compte de l'incidence de la maladie. C'est ce que démontre dans nos travaux, l'absence de corrélation entre, *d'une part*, les indices élaborés à partir de la mortalité, tels l'Espérance de vie (EV) ou l'Indice comparatif de mortalité (ICM), et, *d'autre part*, le niveau de consommation de services ou de morbidité, le niveau d'emploi des populations ou plus précisément leur niveau de

revenu, universellement reconnu comme le principal déterminant de la santé. L'absence de relation existant, à l'échelle des régions, entre ces deux déterminants de la santé et l'incidence de la mortalité le démontre.

Par contre, la corrélation extrêmement élevée entre l'incidence de la maladie dans les populations et les déterminants de la santé universellement reconnus démontre l'application au Québec de ce que tout le monde savait sur le sujet en 1991, y compris le futur président du comité d'experts devant lequel la Régie-02 devait comparaître en 1995!

> *« Les études en psycho-neuro-immunologie montrent que la santé est en bonne partie le résultat de l'adaptation de l'individu à l'environnement. La réponse du système immunitaire à des agressions de l'environnement est influencée par le système nerveux et, réciproquement, le système nerveux influence la capacité de réponse du système immunitaire. »*
>
> Renaud, M. et al., Mémoire des membres de l'ICRA, 1991, p. 30.

Pourtant, quatre ans plus tard, en 1995, le même expert s'interrogeait avec d'autres sur la pertinence d'investir les fonds publics dans les régions en désintégration, soit celles précisément où les agressions imposées par les conditions de l'environnement social sont maximales.

Il ressort donc, sur la base de leurs propres commissions, que ceux qui, dans les officines intellectuelles québécoises de haut niveau se sont prononcés après 1991 sur les déterminants sociaux de la santé, ont tenu après cette date un discours contradictoire avec les propositions que la communauté scientifique tenait pour vrai en 1991. Il ressort également, de l'expérience concrète de la Régie-02, que lorsque les résultats de travaux scientifiques ont apporté *la démonstration explicite de ce qui est tenu pour vrai* dans le discours universellement reconnu et fondé sur l'expérience partagée en commun, alors la communauté scientifique québécoise change de discours en niant, sans fondement aucun, la validité des résultats de recherche, des méthodes utilisées, allant même, dans certains cas, jusqu'à écrire officiellement que rien n'a jamais été écrit sur le sujet. Dans le contexte de discours ayant comme caractéristiques de se nier eux-mêmes, il ne faut pas se surprendre que les exhortations *d'agir* adressées par les auteurs du mémoire de 1991, aux autorités publiques d'alors, soient restées lettre morte, avec des résultats qui, depuis lors, ont amené le système de santé du Québec à une situation qui peut être qualifiée de *précaire*.

À cet effet, le chapitre sept traite des résultats des travaux qui ont été réalisés sur le sujet depuis le dépôt du rapport du comité d'experts de 1998. Ce chapitre traite de l'évolution du système de santé depuis le début de la réforme du système de soins, actuellement en cours.

Les habitudes de vie

À ce sujet l'opinion avancée par les quatre membres de l'ICRA, renforce celle qu'ils exprimaient ci-dessus concernant le rôle de l'environnement social et économique.

B. « Le rôle des habitudes de vie

Les habitudes de vie résultent d'interactions complexes entre les facteurs sociaux, économiques et culturels; ils ne sont pas uniquement une question de choix individuel comme le serait le choix d'une plante verte ou d'un savon. Un programme ciblé uniquement sur la modification du comportement, sans tenir compte du contexte de vie des gens, risque de n'avoir des effets bénéfiques qu'à très long terme,s'il en a aucun. »

Renaud, M. et al., Mémoire des membres de l'ICRA, 1991, p. 28.

Les facteurs génétiques

C. « Le rôle des facteurs génétiques

Pour résumer ces recherches complexes d'un trait de plume, il faudrait dire que dans les populations relativement riches, à l'exception d'un certain nombre de conditions, le patrimoine génétique d'un individu a ***une influence surtout au stage précoce de la vie****. Même là, l'influence de l'environnement social est important (ex. : les conditions sociales sont aussi importantes que la génétique pour déterminer le poids à la naissance d'un enfant). Plus tard dans la vie, l'influence cumulative des facteurs sociaux, économiques et culturels devient plus importante dans la détermination tant de l'incidence de la maladie que la capacité de l'individu d'y réagir. »*

Renaud, M. et al., Mémoire des membres de l'ICRA, 1991, p. 27.

Pour résumer d'un trait de plume les résultats de nos recherches sur ce point, il faut dire que dans les populations pauvres, à l'exception des maladies propres à l'enfance pour lesquelles les corrélations mesurées sont un peu plus faibles que pour les autres, le patrimoine génétique des individus est influencé par l'environnement social et ce, à tous les âges de la vie. Ceci apparaît de façon spectaculaire dans le cas de l'incidence, chez les moins de 15 ans, des tumeurs, des maladies du système nerveux, des appareils digestif, circulatoire génito-urinaire, etc. réputés se déclarer à un âge beaucoup plus avancé (voir le point 3.3.7B). Rappelons à cet égard qu'à tous les âges de la vie le patrimoine génétique est un facteur nécessaire mais non suffisant nécessairement à la production de la maladie des personnes; alors que l'influence des facteurs sociaux ou environnementaux – extérieurs aux individus – s'exerce par l'intermédiaire des déclencheurs des maladies multifactorielles, tel qu'avancé par les généticiens.

Ce commentaire renforce la remarque précédente à l'effet que le discours qui se tient sur le sujet et, dans certains milieux universitaires québécois, qu'il soit vrai ou faux, s'inspire

largement du discours des autres, mais très marginalement de faits vérifiés par ces milieux dans la réalité québécoise.

Néanmoins, à quelques nuances près jusqu'à maintenant, les propos académiques émanant des membres de l'ICRA (1991), *coïncident avec les résultats de nos travaux de recherche* et ne contredisent pas la teneur du discours qui se tient sur le même sujet dans la communauté scientifique internationale. La *pauvreté des populations* influence le niveau de santé des populations; les *habitudes de vie* n'exercent pas d'influence indépendante de ce premier facteur; la *génétique* exerce sur la maladie une influence médiatisée par celle des facteurs sociaux, le tout n'étant appuyé cependant dans leur cas, d'aucune démonstration fondée sur les faits qu'il était loisible de vérifier au Québec; comme si ces *vérités* discursives étaient à ce point évidentes pour tous qu'on pouvait même se priver du support de la recherche pour en démontrer l'application dans la réalité.

Néanmoins, les citations suivantes, extraites de leur mémoire, démontrent qu'il n'en était rien. Et comme celles-ci étaient assorties de recommandations qui furent appliquées par la suite, on peut apprécier aujourd'hui, en 1999, l'ampleur des résultats en découlant.

5.3.2. Un aspect particulier : le système de soins

D. Le rôle des services dédiés aux soins

« La situation est la suivante. D'une part, grâce aux développements de la médecine, nous avons acquis la capacité d'intervenir de façon plus efficace pour prévenir ou traiter un certain nombre de maladies. Nous consacrons d'ailleurs à ces interventions un ensemble de ressources plus important que jamais. Dans les pays développés, nous disposons de systèmes de financement qui permettent un accès et une utilisation des services considérablement ***plus égalitaires****, quelque soit le niveau ou le type de revenu. D'autre part, cependant, des différences considérables dans la morbidité et la mortalité continuent à exister entre les* ***classes sociales****, différences que la croissance et l'accès plus universel aux services médicaux n'ont ni éliminées ni considérablement réduites.*

En d'autres mots, l'évidence suggère qu'il est légitime pour un gouvernement de ne pas limiter ses politiques à des politiques de soins. L'état des connaissances rend en effet légitime des actions parallèles sur les autres déterminants de la santé. Ceci implique qu'il peut falloir limiter l'expansion des services de soins et investir l'argent ainsi épargné dans des secteurs – comme l'éducation, l'emploi et la sécurité du revenu – que l'on sait par ailleurs être au moins aussi important que la médecine dans l'amélioration de la santé de la population*. »*

Renaud, M. et al., Mémoire des membres de l'ICRA, 1991, p. 26.

Un dicton affirme « *chassez le naturel et il reviendra au galop* »! Ce que nous comprenons à la lecture des propos avancés au premier paragraphe de cette dernière citation, c'est que le problème qui lie la pauvreté et la santé de façon inextricable n'existe guère au Québec parce qu'au Québec, en raison de l'universalité des services, les pauvres comme

les riches, ne sont pas limités d'aucune manière dans leur recours au système *de soins*; tous ayant un accès égal aux ressources disponibles. Mais quel cas fait-on dans cette citation du discours faisant l'objet de la première citation (voir 5.3.1A) sur les déterminants sociaux de la santé des populations? Car, ici, on ne parle plus de **populations** mais bien de catégories d'individus appartenant à des **classes sociales** distinctes. Par exemple, quel rapport doit-on établir sur la base de ces propos, entre la Gaspésie comme territoire délimitant l'environnement commun de tous les Gaspésiens, y compris leur environnement de services, et les pauvres en général quel que soit « l'environnement » d'où ils proviennent ou la population à laquelle ils appartiennent?

La réponse à cette question apparaît à la dernière ligne du second paragraphe de la citation : dans l'expression *LA population*. Au Québec, conformément à cette conception, il n'existerait donc aucune autre population que *LA* population du Québec. La Gaspésie abritant la société des Gaspésiens, l'Abitibi abritant celle des Abitibiens, et toutes les autres ne seraient conçues dans cette perspective que comme des appendices administratifs de LA population du Québec, laquelle pourtant constitue une abstraction pour tous ceux qui au Québec vivent dans une région quelconque, LA région qui constitue pour eux un environnement spécifique et distinct de celui de tous les autres québécois vivant dans une autre région que la leur. Comme si en somme les facteurs sociaux et environnementaux qui créent la maladie étaient communs et de même niveau pour tous les québécois puisque, conformément à cette conception, ceux-ci appartiendraient tous à la même population, la population du Québec!

Comme dans ce contexte, la pauvreté des populations ne constituerait plus un problème en soi mais bien une affaire de « *classes sociales* », on peut alors se permettre d'intervenir sur d'autres déterminants de la santé, par le truchement d'économies réalisées grâce à une limitation du développement du système de soins (2e paragraphe). Dans les faits cependant, les « économies » réalisées depuis lors, furent davantage consacrées au rééquilibrage des finances publiques qu'au développement d'autres secteurs budgétaires de l'État.

Les « autres déterminants de la santé »

Les auteurs du mémoire de 1991 recommandaient explicitement de limiter l'expansion du système de soins pour investir dans d'autres secteurs comme celui de l'Éducation. Sans doute pétris des slogans serinés ad nauseam au cours des années 1970 tels « *qui s'instruit s'enrichit* », les auteurs semblaient ignorer qu'en 1991 il était déjà connu[51] que l'investissement dans ce secteur, en particulier, constituait objectivement un des moyens les plus efficaces d'appauvrissement des populations locales et régionales, et même un déterminant de la maladie elle-même. En effet il tombe sous le sens que les compétences acquises grâce à l'éducation, mais qui ne peuvent être exercées par les gens dans leur région d'origine, faute d'emplois disponibles, incitent les jeunes, et en particulier ceux qui sont les plus instruits, à émigrer là où les emplois correspondant à leurs qualifications sont disponibles, laissant ainsi leur région d'origine encore plus démunie qu'elle ne l'était auparavant.

[51] Conseil des Affaires Sociales et de la Famille, 1986.

« … Or cette désintégration semble être basée sur des critères démographiques et avant tout économiques. La création d'emplois et le taux d'activité semblent être les sources essentielles qui permettent de séparer les groupes qui s'intègrent et ceux qui se désintègrent. L'impact démographique est d'ailleurs immédiat. ***Dans le mesure où un territoire voit apparaître des emplois, il draine des territoires avoisinants non pas seulement des travailleurs, mais une population en âge de se reproduire, et en tout cas, les éléments souvent les plus scolarisés, les plus dynamiques, les plus novateurs****. Et à partir de ce moment, les territoires en perte de population de désintègrent graduellement sur d'autres plans… »*

Extrait du Rapport Parizeau, Union des municipalités du Québec, 1986, p. 208.

À cet effet, au Québec, les régions où le processus d'exode démographique des jeunes est le plus considérable, sont précisément celles où le niveau de morbidité est le plus élevé, la rareté d'emploi étant le déterminant commun de la pauvreté, donc de la maladie, et **de l'exode démographique des jeunes**, comme on l'a déjà vu. D'ailleurs en quoi des investissements dans l'éducation pourraient-ils intéresser des populations ayant déjà perdu avec leur capacité de se reproduire naturellement, leurs jeunes à éduquer? En 1991, tous les éléments étaient pourtant déjà disponibles pour réaliser l'absurdité de cette proposition provenant du milieu des études supérieures.

Outre les investissements dans le secteur de l'éducation, les auteurs recommandaient d'investir en sécurité du revenu. En quoi une telle orientation ayant pour seul effet de rendre la pauvreté supportable aux individus qui la subissent, pourrait-elle exercer quel qu'effet que ce soit sur la pauvreté des populations ou sur les déterminants de celle-ci? On ne semblait pas avoir réalisé que la sécurité du revenu constitue un *palliatif à* la pauvreté des individus et des populations, tout comme le système de soins constitue lui-même un autre programme palliatif à la pauvreté des populations et des individus qui en subissent les effets.

Mais c'est la proposition d'investir dans l'emploi qui réservera les plus grandes surprises.

Investir en emploi plutôt qu'en médecine et dans le système de soins

Dans les années '70 un président américain commit cette méchante apostrophe à l'endroit de son vice-président, en affirmant à son sujet qu'il était *incapable de marcher et de mâcher en même temps*. Or cette inaptitude présumée à faire au moins deux choses en même temps – comme parler et faire de la prose[52] – ne doit pas être assimilée nécessairement à une manifestation de déficience intellectuelle. En effet dans le monde administratif, où l'univers est forcément découpé en catégories budgétaires et en programmes, cette inaptitude apparente est plutôt l'expression d'une règle obligatoire et universelle qui oblige les agents d'une administration quelconque à penser l'univers en catégories de program-

[52] Voir le personnage de M. Jourdain dans « *Le Bourgeois gentil homme* » de Molière.

mes et en catégories budgétaires, à des fins de reddition de compte. Par exemple à la question :

« Q*u'est-ce que la santé physique ou mentale*? » On doit répondre : c*'est ce que font les programmes de santé physique ou mentale*.

« Qu'est-ce que font ces programmes? » Réponse : *Ils dépensent des budgets pour dispenser des soins et des services de santé physique et de santé mentale à LA population du Québec*.

« *Quel rapport existe-t-il à l'échelle du discours entre cette vision du monde et les déterminants sociaux de la santé et de la maladie*? » Réponse : *Aucun*!

Mais *qu'en est-il à l'échelle des faits de la réalité?* Dans la réalité, cette relation est absolue, contrairement à l'idée qu'on peut s'en faire, conformément à une vision du monde segmentée en catégories administratives.

L'expression la plus explicite de cette contradiction entre cette vision et la réalité est contenue dans ce décret servi par des fonctionnaires, qu'ont dû essuyer tous ceux qui, jusqu'à maintenant, se sont risqués à proposer de répartir les ressources du secteur de la santé, sur la base du niveau de non-emploi des populations régionales : c'est-à-dire sur la base du déterminant de leur niveau de pauvreté, de morbidité et de consommation de services respective.

***« Cela n'est pas possible car la Santé ne crée pas d'emploi. La création d'emploi ne correspond pas à la fonction de ce secteur d'activité. Celui-ci a pour fonction de dispenser des soins et des services à LA population**. »*

Adressé à l'homme de la rue, ce décret de réalité poserait un défi à l'évidence et à l'intelligence! Car si la santé ne crée pas d'emploi, on doit comprendre que les emplois en santé ne sont pas des emplois, ou encore qu'aucun emploi existant en santé n'aurait jamais été créé? Dans les limites idéologiques imposées par les cloisonnements administratifs, l'emploi en santé appartiendrait donc à l'ordre de *l'incréé, du divin, du divin emploi*! De l'ordre de « l'in-génération » spontanée!

Dans les faits, les dépenses du réseau de la santé et des services sociaux représentent, annuellement et à elles seules, environ 350 millions d'heures rémunérées qui, à raison de 1820 heures par emploi, totalisent l'équivalent de près de 7 % de tous les emplois à temps complet disponibles au Québec, incluant ceux du secteur privé.

Par ailleurs on retiendra aussi, dans le prolongement des résultats de nos travaux de recherche, que l'emploi et la rémunération (le revenu) correspondent aux déterminants interchangeables du niveau de santé des populations. Ainsi, dans le contexte où les ressources de santé seraient mal réparties entre les régions, le système de soins, dans sa version budgétaire, constitue l'instrument privilégié pour soigner les maladies *créées précisément*

et justement par le mode de répartition des ressources consacrées au financement de ce même système de soins (version sociale).

Par ailleurs, ce qui vaut pour le secteur de la santé, s'applique de la même manière à tous les programmes gouvernementaux sans exception. Un programme gouvernemental sans budget pour payer des salaires et des honoraires n'est qu'une fiction, une représentation de l'esprit. *De ce fait, tous les programmes gouvernementaux, sans exception, exercent un impact sur les déterminants de la santé des populations, peu importe la nature des activités et des services auxquels les budgets sont destinés; alors que l'ampleur de cet impact est proportionnel à l'importance du budget impliqué*. Dans le secteur de la santé, assurer la dispensation des soins aux malades tout en exerçant une influence positive sur les déterminants de la santé et du bien-être des populations par l'effet de la répartition des fonds publics consacrés à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations, apparaît, dans le contexte idéologique qui prévaut dans certains milieux, plus difficile que d'apprendre à marcher et à mâcher en même temps; les résultats de nos travaux de recherche rapportés, en première partie de cet ouvrage, le démontrent éloquemment à partir des résultats découlant des orientations arrêtées conformément à cette conception segmentée et cloisonnée de la réalité sociale. En l'occurrence il s'agit d'une démonstration par l'absurde.

5.3.3. En résumé

Conformément à la conception affichée par les membres de l'ICRA dans la dernière citation de leur mémoire, chaque ministère exercerait une fonction autonome et indépendante de celle des autres. Celle-ci est délimitée de façon réglementaire par la fonction budgétaire assignée au financement de chaque programme. Ainsi, on postule a priori qu'intervenir en éducation ou en emploi plutôt qu'en santé pourrait faire une différence pour la santé des populations. Or, cette conception est fondamentalement fausse car elle évacue la seule fonction qui compte réellement et dont l'action exerce une véritable influence sur les déterminants de la santé des populations : *la fonction redistributive de l'ÉTAT prise globalement à travers le financement réparti par chacun de ses ministères*. Selon la conception affichée par les experts de l'ICRA, chaque ministère constitue au contraire un état dans l'État, poursuivant et atteignant des objectifs par la mise en œuvre de moyens indépendants de ceux des autres; que ce soit pour dispenser des soins aux malades dans le secteur de la Santé, ou pour dispenser de l'instruction aux étudiants dans le cas de l'Éducation, etc. Cette confusion entre le rôle de l'État et celui de chaque ministère apparaît clairement dans ce passage où les auteurs du mémoire énonçaient les motifs d'écrire sur le sujet.

Pourquoi ce mémoire?

Essentiellement, parce que nous croyons que l'état actuel des connaissances pourrait permettre au projet de loi d'aller beaucoup plus loin dans l'établissement de dispositifs visant à améliorer la santé de la population, tel que l'avaient pressenti la Commission Rochon et, d'une manière plus précise encore, le document d'orientation du Ministre T. Lavoie-Roux.

Après ses nombreuses consultations, la Commission Rochon était arrivée à la conclusion que notre système de services de santé et de services sociaux était, au fil des années, devenu prisonnier des divers groupes d'intérêt et groupes de pression qui le traversent. Il a ainsi perdu, selon la Commission, la capacité d'inciter l'ensemble des acteurs du système (les professionnels, les établissements, les organismes communautaires, les autres ministères concernés, etc…) à faire converger leurs efforts pour améliorer la santé de LA population.

Si le gouvernement n'arrive pas à remobiliser les acteurs du système, à introduire de la flexibilité dans la gestion des ressources et à recentrer le système sur l'atteinte d'objectifs de résultats, nous n'obtiendrons pas le ***rendement*** *qu'il est pourtant possible d'atteindre avec les sommes très importantes que le Québec investit déjà, bon an, mal an, dans ce système.* ***Par objectifs de résultat, la Commission entendait tout autant des objectifs de soins (par ex., en termes de la performance des services à guérir) que des objectifs de santé qui se mesurent en termes de morbidité et de mortalité épargnées***.

Renaud, M. et al., Mémoire des membres de l'ICRA, 1991, p. 23.

5.4. L'état actuel des connaissances québécoises sur les déterminants de la santé des populations

Au terme de cette régression du discours académique, qu'en est-il actuellement des connaissances partagées et portant sur le sujet? L'état de la situation est tout entier résumé dans cette citation du rapport du comité d'experts rencontré par la Régie-02 en1998, et portant sur les résultats de nos travaux de recherche, reproduits intégralement en première partie de cet ouvrage.[53]

En faisant allusion à ces travaux spécifiquement, et après avoir écrit que la « Thèse » n'est pas supportée par la recherche contemporaine, ce comité avançait que de surcroît :

[53] Puisque le rapport du Comité d'experts de 1998 est cité ici et à divers endroits dans les chapitres suivants, nous croyons utile, pour ne pas citer hors-contexte, de reproduire intégralement le rapport de ce comité, en annexe 10.

> *« Cette thèse n'est pas supportée ni par la théorie, ni par la pratique économique. En effet le développement économique tient à des éléments de dynamique à long terme et les transferts gouvernementaux agissent tout au plus comme des éléments stabilisateurs à court terme.* ***À moyen et à long terme ils n'augmentent pas le volume total d'emploi dans une région****; ils ne font qu'en modifier la structure. Autrement avec les milliards de dollars versés depuis des décennies par les gouvernements fédéraux dans les régions économiquement fragiles comme les provinces de l'Atlantique, au Canada, et la Virginie occidentale et la Louisiane, aux Etats-Unis, il y a longtemps qu'on aurait dû observer des redressements économiques dans ces régions.*
>
> Pineault, R. et al., Le Rapport du comité d'experts de 1998, p. 4.

Cette *thèse* non démontrée avancée par les membres du comité d'experts de 1998 n'est pas dénuée d'implications : tous ceux qui, de par le monde, croient à la mise en œuvre de politiques publiques saines pour juguler la pauvreté des populations elles-mêmes, se sont donc tous trompés. Par exemple, les représentants des divers pays qui ont endossé la Charte d'Ottawa se sont trompés : car un groupe de « forts en thèse » décrète que les transferts gouvernementaux aux régions n'y ont que des effets stabilisateurs à court terme, alors qu'à long terme ils n'augmentent pas le volume d'emplois dans les régions; conséquemment, l'État ne peut intervenir sur le déterminant de la santé des populations, rendant ainsi la loi sur les services de santé et les services sociaux inapplicable par le fait même, parce que les objectifs mêmes de la loi ne sont pas atteignables.

De plus, les membres de l'ICRA qui, en 1991, ont soutenu le même point de vue que les tenants de la Charte d'Ottawa de 1986, se sont également trompés. Le législateur du Québec s'est trompé lui aussi en assignant au MSSS l'obligation « d'intervenir sur les déterminants de la santé et du bien-être des populations afin de réduire la morbidité et ainsi atteindre des niveaux de santé et de bien-être comparables entre les régions ». En effet selon ce comité d'experts, l'unique déterminant de ce résultat attendu, l'emploi généré par les investissements publics, ne permet pas d'obtenir cet effet, et ce, en dépit des résultats des travaux de recherche que nous avons produits et qui démontrent précisément le contraire de ce qu'ils avancent.[54] Et à l'appui de leurs prétentions, ils invoquent le rendement des transferts fédéraux aux provinces atlantiques, se gardant bien de mentionner cependant ce qui est en train d'être réalisé au Québec à cet égard.

Mais si les experts du monde se sont trompés conformément au décret avancé par le comité d'experts rencontrés en 1998, leur erreur reste minime comparée à la méprise que commet depuis plus d'un siècle, l'ensemble des citoyens du Québec. Cette méprise qui consiste à voter pour élire un député censé représenter les intérêts de leur collectivité, au sein d'une assemblée : l'assemblée nationale. En effet pourquoi acceptent-ils d'être taxés si en bout de piste l'Élu ne peut plus garantir la défense des intérêts de la collectivité qu'il représente, conformément au mandat qui lui est conféré par les *citoyens de son comté*?

[54] En démontrant l'effet déstabilisateur à long terme d'une redistribution inégalitaire des fonds publics sur la démographie même des populations qui sont affectées.

Pourquoi voter, si des experts, extérieurs aux fonctions démocratiques, peuvent décider du sort des collectivités en contribuant à maintenir les décisions administratives qui mettent en cause l'existence même des collectivités et ceci, à l'insu des citoyens non-statisticiens? Les experts qui se prononcent ainsi « ex cathedra » sur les sujets qu'ils ignorent ou en face desquels *ils n'ont aucun devoir de démontrer*, sont-ils conscients de leur véritable rôle?

Aux discours de ces « forts en thèse », nous opposons celui de la recherche dont les finalités rudimentaires sont de décrire, de comprendre et d'expliquer ce qui se passe dans la réalité : celle du Québec en l'occurrence, indépendamment des goûts, des intérêts et des « petites idées » que certains émettent à profusion sur ces réalités qu'ils n'ont « pas regardées ». Mais que peut-on voir au juste sur le sujet *quand on se donne la peine de chercher, dans le but de trouver*?

À propos des objectifs qui sont à l'origine des résultats mesurés

La teneur des travaux de recherche rapportés en première partie ne permet pas d'identifier les orientations qui sont à l'origine de ces résultats. Ce n'était pas l'objet. Pourtant, ces orientations sont connues et leur mise en évidence invalide intégralement la *thèse* avancée par le comité d'experts rencontré en 1998, portant sur l'absence de rapport entre ces résultats et la pratique de la théorie économique.

Ces orientations vieilles de près de trente ans déjà, sont même antérieures à la création du MSSS. *Appliquées rigoureusement depuis lors*, elles permettent d'apprécier le rapport entre les décisions d'hier et les réalités d'aujourd'hui; de même peut-on constater, entre les deux, l'efficacité des moyens mis en œuvre pour donner suite à ces mêmes orientations.

Les propos et citations suivants sont extraits d'un ouvrage public de très grande importance, qui parut en 1970 sous le titre évocateur de « *La Solution* ». La teneur de cet ouvrage ayant valeur d'orientation du rôle de l'État, ne doit pas être confondue avec une quelconque thèse académique seulement.

Parmi les orientations y figurant et dont la teneur est pertinente au sujet traité ici, on retrouve :

- *L'énoncé de principe selon lequel « l'État est le grand moteur des économies contemporaines* (celles des années '70 il faut le préciser) *en raison des leviers dont il dispose soit l'impôt et son pouvoir de légiférer* ». (Lévesque, R. et al., La Solution, 1970, p. 25)

- *Le développement du secteur public est identifié comme l'instrument dont l'État se dote lui-même pour accélérer, entre autres choses, le plein emploi (La Solution, 1970, p. 25-26).*

- *Au chapitre de l'organisation économique de l'État, celui-ci devait se doter des outils suivants pour « remplir le rôle qu'il doit assumer dans le développement économique » : un ministère des finances et du revenu; un ministère de l'Économie nationale; un office du plan. (La Solution, 1970, p. 28)*

Le rôle du Ministère de l'Économie nationale consisterait à éviter d'émietter les diverses responsabilités du gouvernement entre toute une série de ministères; le chevauchement des fonctions de l'État générant ainsi de l'incohérence dans les politiques poursuivies par l'État à travers les fonctions de chacun de ses ministères. (La Solution, 1970, p. 32-33)

Le rôle prévu pour l'office du plan, un organisme à rattacher aux services du premier ministre lui-même, consistait à préparer un plan global de *développement* pour la société québécoise toute entière; notamment en formulant les grands objectifs nationaux en terme de *politique économique* et *sociale*, et surtout *d'aménagement du territoire*, conformément à des objectifs d'harmonie dans la *croissance des diverses régions du Québec*. (La Solution, 1970, p. 33)

Les responsabilités dévolues à cet office du plan consistaient entre autres choses à établir les *priorités* du gouvernement, et à préparer un plan complet *d'aménagement du territoire* et *de développement régional*. (La Solution, 1970, p. 34-36)

Ces éléments d'intentions énoncés en 1970, qualifient l'objet des préoccupations en matière d'économie politique qui avaient cours à cette époque; des préoccupations centrées sur l'intervention systématique de l'État dans le développement économique régional. Or si ces intentions sont en fait très différentes de celles qui prévalent aujourd'hui, il ne faut pas décréter comme le comité d'experts de 1998 que ces orientations n'auraient jamais existé; à moins d'admettre que *la science est comme la mode, évoluant au gré des saisons et des coutumes, dans un contexte où les théoriciens s'improvisent en grands couturiers du nouveau prêt-à-porter idéologique*. À ce sujet, les théories et les pratiques économiques nouvelles en vogue aujourd'hui, ont peu d'intérêt pour décrire, comprendre et expliquer ce qui a façonné la réalité sociale contemporaine des régions du Québec. La vérité de cette affirmation relève de l'évidence, tout comme l'effet ne précède pas la cause.

Vues dans cette perspective, **les affirmations de ce comité d'experts sont objectivement fausses**. Et pour le démontrer il suffit de replacer le processus de désintégration des régions – l'effet – dans le contexte des corollaires découlant des orientations qui viennent d'être décrites. À cette fin, cette affirmation du comité servira de référence. « *Car à moyen et à long terme, les transferts gouvernementaux n'augmentent pas le volume total d'emplois dans une région*. » Mais quelle région au juste? Comment les transferts gouvernementaux pourraient-ils accroître l'emploi dans des régions ou des parties de région, qui ne se qualifient pas pour des transferts gouvernementaux?

La réponse à cette question qui relève de l'évidence, permet d'expliquer, à travers l'échec de cette conception, les résultats obtenus de son application. Des résultats qui sont mesurables en termes d'appauvrissement des populations, de niveaux de morbidité accrus, de

rareté d'emploi et d'exode démographique chroniques, et même d'accroissement du taux de suicide chez les jeunes.

Ainsi, il y a 30 ans, que prévoyait-on faire au juste en matière d'aménagement du territoire et de développement régional?

« L'une des premières et les plus urgentes missions de l'office du plan sera de préparer un plan complet d'aménagement, d'équipement et de développement régional : plans d'urbanisme à tous niveaux, regroupement municipal et établissement d'administrations modernes et vigoureuses, déconcentration maximum des services gouvernementaux sur ces bases régionales, équipement prioritaire de métropoles régionales, etc. ***Tout cela doit être conçu dans l'optique d'une urbanisation presque intégrale de la population*** *et tenir compte des constatations suivantes :*

- ***La population rurale ou semi-rurale est appelée à disparaître****. Il ne reste déjà plus que 90,000 fermes dans le Québec et ce nombre décroît de plusieurs milliers chaque année.*
- *La population, dans son ensemble, consomme déjà plus de services que de produits.* ***Les tendances actuelles sont telles que d'ici 20 ans l'on peut s'attendre à ce que la consommation soit constituée pour près des 2/3 par des services privés ou publics. La majeure partie de la main-d'œuvre va travailler dans le secteur des services****.*
- ***Alors que la consommation de produits peut se faire en n'importe quel point du territoire, la consommation du service diversifié ne peut se faire qu'en un certain nombre d'endroits****.*
- ***Il faut donc combiner cette constatation avec celle de l'urbanisation presque intégrale et baser le développement urbain essentiellement sur des villes-métropoles****.*
- *En dehors de Montréal, il faudrait donc mettre l'accent sur le développement, par exemple, de Québec et de sa banlieue, de Trois-Rivières et du Cap-de-la-Madeleine, de Hull, de Sherbrooke, de Rouyn-Noranda, de Chicoutimi, Jonquière, Kénogami, Arvida, de Sept-Iles, de Rimouski…* ***L'orientation des investissements publics doit faire de ces villes des centres d'accueil et des points de distribution de services de premier ordre****. »*

La solution, 1970, p. 35-36.

Ce passage, on l'aura constaté, comprend même l'énumération des agglomérations appelées à survivre, et par défaut, celles qui seraient condamnées à disparaître. D'autres passages mettent en relief les rôles prépondérants que les dépenses en éducation, en santé et en services sociaux jouèrent par la suite dans la mise en application de ces orientations; en particulier au chapitre des priorités gouvernementales où celles-ci étaient établies entre les secteurs de dépense proportionnellement à l'ampleur des budgets alloués.

Malgré ces faits, les orientations proposées dans cet ouvrage de référence étaient assorties d'une bien étrange mise en garde. Une manifestation de prudence qui, à la lumière des résultats constatés trente ans après, pourrait même être qualifiée d'ironique.

*« **Si l'on veut éviter que les régions entières ne subsistent qu'en perdant leurs éléments les mieux entraînés et les plus dynamiques, il faut rééquilibrer le développement des régions**. »*

La solution, 1970, p. 38.

Comme le démontre cette dernière citation, la désintégration démographique des régions constitue la mesure même de l'échec de cette orientation, alors que les écarts de morbidité entre les régions ne mettent en lumière qu'une autre des multiples facettes de cette même réalité : *la production de milieux défavorables à la santé*.

Les erreurs théoriques qui ont mené à cet échec sont connues, mais il n'y a pas lieu d'en traiter ici. Par contre il y a lieu de démontrer que cette conception mise en évidence dans l'ouvrage que nous avons cité inspirait déjà à l'époque la pratique d'une majorité très influente de théoriciens de l'économie politique.

En effet dès cette époque d'autres théoriciens des sciences économiques beaucoup plus radicaux, n'hésitaient pas à recommander la suppression de l'ensemble des régions du Québec au profit d'une seule : en 1970, soit la même année que parut l'ouvrage que nous venons de citer, était rendu public le rapport Higgins, Martin, Raynauld (HMR) sous le titre « *Les orientations du développement économique régional dans la province de Québec* », ce rapport avait été préparé à la demande du gouvernement fédéral. La conclusion de ce rapport affirme sans aucune ambiguïté possible :

Les orientations et objectifs proposés

« Nous pouvons maintenant conclure. On nous a demandé de définir les grandes orientations que devait prendre le développement régional du Québec dans les années soixante-dix. Les options que nous avons choisies mettent en cause la stratégie générale qui a été suivie depuis quelques années au Québec. Nos options consistent :

- *à favoriser l'expansion de Montréal;*
- *à y stimuler les activités de développement;*
- *à renforcer la position concurrentielle de Montréal sur les marchés internationaux et canadiens;*
- *à encourager la déconcentration de Montréal vers SA zone périphérique de façon à obtenir un certain nombre de villes de 100,000 habitants et plus;*
- *à multiplier les effets d'entraînement de Montréal auprès de la zone périphérique et des autres régions du Québec par une **politique de croissance (distincte d'une politique de développement) visant à intégrer les régions du Québec aux circuits montréalais et partant aux circuits canadiens et étrangers**. »*

Higgins, B. et al., Rapport HMR, 1970, p. 152.

Ces orientations proposées en matière de développement économique régional étaient très claires : elles consistaient à faire précisément autre chose que du développement écono-

mique régional! Et plus précisément, *elles proposaient, par défaut, de faire du sous-développement économique durable dans l'ensemble des autres régions du Québec, mise à part la couronne de région entourant Montréal*; or ce que nous constatons aujourd'hui ce sont les résultats de cette orientation initiale et de sa mise en application. Et ces résultats coïncident avec le niveau de morbidité des populations régionales; en particulier celui qui caractérise la couronne de régions autour de l'île de Montréal (voir les régions 13, 14, 15 et 16 au graphique 17).

5.5. En conclusion

On pourrait multiplier les faits, les discours et même les *aveux officiels* qui, tout au long des trente années d'intervalles qui séparent ces écrits de la période actuelle, ponctuent et démontrent le bien-fondé de l'interprétation que nous tenons des résultats de nos travaux de recherche. Le faire n'ajouterait cependant rien de véritablement nouveau, mis à part le fait que d'autres théoriciens et *praticiens* de l'économie politique, ont encore en mémoire les décisions d'hier qui ont façonné le Québec d'aujourd'hui.

À cet égard, la réalité sociale actuelle des régions n'est que le reflet de conceptions mal opérationnalisées et assorties de moyens contraires à l'atteinte des finalités poursuivies : elle témoigne du fait que la destruction de l'environnement social est contre-indiquée lorsqu'on cherche véritablement à rendre les gens plus heureux et moins malades. Or cette destruction est le résultat découlant de la mise en pratique de théories économiques encore en vigueur aujourd'hui, mais sous des habillages différents. Des théories qui prétendent qu'on peut impunément et sans conséquence procéder à l'éradication de communautés humaines, locales, voire régionales ou même nationales jugées non rentables, par-delà les citoyens qui composent ces collectivités humaines, et à leur insu. Dans le prolongement de cette conception, elle est le résultat de politiques publiques malsaines qui, à défaut d'intervenir sur la pauvreté des populations afin de réduire les risques à la santé, préfèrent plutôt concentrer les services de soins aux malades dans des centres de services désignés, tout en amplifiant de cette manière, les risques à la santé des populations.

Elle est aussi et surtout le résultat obtenu par des conseillers œuvrant en périphérie des centres de décision qui planifient la vie des autres sans égard aux conséquences de leurs recommandations sur la réalité sociale des citoyens.

Quoi qu'il en soit, l'évolution du discours académique sur les sujets traités dans cet ouvrage est convergent sur un point : banaliser la signification réelle des faits qui établissent le rapport entre les résultats et les décisions qui en sont à l'origine et qu'on désire voir maintenues indéfiniment, qu'elles qu'en soient les conséquences. Le tableau 9 résume pour l'essentiel les caractéristiques du discours académique analysé dans ce chapitre.

TABLEAU 9

ÉVOLUTION DU DISCOURS ACADÉMIQUE QUÉBÉCOIS SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DES POPULATIONS

HIER	AUJOURD'HUI
Il y a trente ans l'État était perçu comme le premier moteur du développement économique régional, par son pouvoir prépondérant dans la répartition géographique des dépenses publiques consacrées au financement des services.	« Cette thèse n'est supportée ni par la pratique, ni par la théorie économique, car les transferts gouvernementaux n'ont aucun impact sur le développement économique et sur la répartition des emplois à long terme. »
Il y a dix ans, la pauvreté était connue universellement comme le déterminant premier du niveau de morbidité des populations.	Cette thèse est très contestable. Elle n'est pas supportée par la recherche et par des écrits académiques.
La loi actuellement en vigueur prescrit d'intervenir sur les déterminants de la santé des populations pour réduire la morbidité et atteindre des niveaux comparables de santé entre les régions.	L'âge, le sexe et la taille des populations sont les déterminants de la santé et d'ailleurs « La réalité, on l'a pas regardée! »

L'étude scientifique de la réalité, confrontée au discours académique d'hier et d'aujourd'hui sur le même sujet révèle non pas le progrès de la pensée scientifique, mais plutôt la cristallisation progressive d'une imposture intellectuelle généralisée et acceptée comme telle. Il suffit aujourd'hui qu'un comité d'experts affirme unanimement que 2 + 2 = 5, pour que certains, décideurs ou autres, plutôt que se fier à leurs connaissances de base ou à leur jugement, se sentent forcés de s'en remettre à la parole des experts. Dans ce contexte, peut-on oser émettre l'hypothèse que dans certains milieux, le recours à l'expertise professionnelle est utilisé à la manière d'un préservatif contre la nécessité de réfléchir ou contre une maladie ayant nom « la réalité »?

6. LA BATAILLE DU TAUX D'INOCCUPATION

Retour à la tdm.

> D*'où vient qu'un boiteux ne nous irrite pas et un esprit boiteux nous irrite. À cause qu'un boiteux reconnaît que nous allons droit et qu'un esprit boiteux dit que c'est nous qui boitons. Sans cela, nous en aurions pitié et non colère.*
>
> Blaise Pascal

> *À quoi bon nos marteaux, nos truelles, nos métiers. Il n'y a plus de travail…*
>
> Victor Barbeau

> *L'état constitue habituellement le premier producteur et le premier employeur du pays.*
>
> Jacques Généreux, *Introduction à la politique économique…*

Fondé a priori sur l'observation de la réalité, cet ouvrage s'est appliqué à comprendre les faits *sociaux* touchant la maladie et les relations de *causalité* qu'entretient la morbidité des populations avec d'autres faits sociaux situés en amont. Certains présupposés motivent la réalisation d'une telle démarche. Le premier pose que la connaissance de la réalité et des rapports de causalité constitue, lorsque disponible, le guide essentiel de la décision et de l'action éclairée des groupes humains. Le deuxième voudrait que le *bien général* soit le but visé par notre activité collective en matière de santé. Le troisième implique que l'État, comme émanation démocratique des collectivités, soit le promoteur des *moyens* aptes à assurer le bien général en matière de santé. Le dernier présupposé renvoie à la conviction qu'un système de santé[55] s'intéresse *avant tout* à créer, au sein des diverses populations, des chances comparables de ne pas devenir malades; il cherche à l'évidence, mais *en second lieu*, à restaurer la santé là où elle est affectée.

Dans ce contexte, il apparaît concevable que les agents d'un système en viennent, en regard d'un *bien général souhaité*, à convenir d'un diagnostic situant le niveau de maladie distinguant chacune des populations, à en reconnaître les causes générales ou les déterminants sociaux à infléchir et, s'il y a lieu, à identifier les moyens disponibles à utiliser dans le sens du bien général. Or, force est de constater – *trente ans* après la mise en place d'un régime de services de santé drainant et répartissant entre les populations le tiers des budgets de l'État du Québec – qu'aucun consensus officiel n'existe sur une mesure qui rende compte du niveau de besoin des populations et qui soutienne la décision politique quant à l'utilisation des moyens d'État pour favoriser la santé.

Dans un système légalement voué à l'amélioration de la santé et du bien-être, la Régie régionale du Saguenay–Lac-Saint-Jean, comme le Conseil régional qui l'a précédé, s'est préoccupé de cette question. *Dès le départ*, la Régie a profité des résultats des travaux approfondis d'études qui avaient été menés systématiquement au Ministère des Affaires Sociales (MAS) de même qu'au Conseil des Affaires Sociales et de la Famille (CASF)

[55] Ce que semble d'emblée reconnaître l'article 1 de la loi instituant le système québécois de service de santé comme d'autres énoncés universels, telle la Charte d'Ottawa (OMS).

entre 1976 et 1986. Fondés sur des faits incontournables, ces travaux démontraient que le manque relatif d'emploi des populations, mesuré par le taux d'inoccupation (TI), permettait de caractériser le niveau global et relatif de besoin des populations.[56] Dûment mandatée par ses partenaires d'autres régies et agissant de concert, la Régie a, dès 1992, réalisé divers travaux d'études visant à faire progresser le débat sur la mesure du besoin des populations *dans l'optique d'une saine prise de décision en matière de répartition des dépenses publiques, dont celles du secteur de la santé*. Un tableau synoptique présenté en annexe 9 fait état de la nature et du contenu de ces travaux. Petit à petit, au fil des ans, une grande partie des propositions émises par la Régie ont été acceptées et introduites. De façon non exhaustive, on peut mentionner :

- l'abandon de l'instrument normatif *Bilan-lits* comme instrument implicite de redistribution des ressources entre les régions;
- la simplification des scénarios de répartition de ressources entre les régions;
- l'adoption d'un *budget régional global*, en remplacement des budgets par programmes-clientèles;
- la prise en compte des flux interrégionaux de clientèles, dans les modes de calcul.

Il est, par contre, un domaine où le refus des propositions de la Régie a toujours été total, *systématique* de la part de l'appareil ministériel et académique : c'est touchant l'utilisation du *taux d'inoccupation* (TI) comme mesure du besoin des populations. Ce refus a constamment changé de forme : il est néanmoins resté entier. Une relation dialectique s'est d'ailleurs installée sur ce sujet dont il importe d'examiner avec soin les termes, si la préoccupation existe encore aujourd'hui de favoriser les bons moyens pour atteindre les bonnes fins.

Il n'est d'ailleurs pas excessif d'appeler *Bataille du TI* ce débat car on peut appeler « bataille » toute lutte dans laquelle on se trouve aux prises avec des événements et des hommes. Dans les paragraphes qui suivent, on examinera *en quoi le TI fait sens* comme instrument pour lutter contre des événements qui détruisent les populations, appauvrissent les hommes et engendrent la maladie. On portera ensuite une attention analytique aux *objections* invoquées contre la reconnaissance du TI, qu'il s'agisse d'arguments ou de gestes. Il sera dès lors possible d'examiner les éventualités pouvant découler du refus récursif du TI comme mesure pertinente du besoin des populations et comme instrument fondamental de décision.

[56] Voir à ce sujet l'introduction de cet ouvrage.

6.1. Le sens du TI : « un global du non-emploi »

Si je commence à couper le pied d'un arbre, les branches restent impassibles et les feuilles murmurent dans le vent plus doucement que jamais.

William James

Don, Don paisible, pourquoi roules-tu des eaux si troubles?

Attribué à Maxime Gorky; traduit du russe.

Le gouvernement, c'est l'art d'être honnête.

Thomas Jefferson

La politique, c'est l'art de tromper les hommes.

D'Alembert

Rien n'aurait de valeur de tout ce que j'ai recueilli n'était-ce la lueur qui s'en dégage. En conjuguant ces lueurs, j'ai pensé que j'obtiendrais un feu dont la lumière crue, projetée sans jeu d'ombres politiques ou académiques sur notre nudité, en accuserait enfin ce qu'un nationalisme exsangue, ce que la tartuferie, la pleutrerie essaient de nous cacher : les plaies par lesquelles saignent notre vie.

Victor Barbeau, 1935

J'ai beau regarder l'horizon
L'homme n'apprend pas ses leçons
J'ai donc si mal travaillé
Je reprendrai mon cahier
Par ici, l'air, la rime et la raison…
Me voici, faire encore une chanson

Gilles Vigneault

Un peu d'histoire : l'invention du TI

Confondant malencontreusement la mesure qu'est le *taux d'inoccupation* avec le niveau de non-emploi qu'il mesure, puis avec une méthode d'allocation de ressources, des experts mentionnaient, avec une juste sagacité, qu'une « telle méthode… n'a été appliquée dans aucun pays » (Pineault et al., p. 5). Un motif de cette non-application internationale tient peut-être au fait que le concept et sa mesure aient été conçus et *inventés au Québec* par l'un des signataires de cet ouvrage. L'élaboration du TI, en 1978, découlait d'un constat simple mais énorme : *il n'existait pas, dans les sciences dites sociales, dont en particulier la science économique, de concept ou de mesure du non-emploi* : nous avons vu que le concept de *chômage* oublie près de 80 % des 15 ans et plus n'occupant pas un emploi; de même, le concept *d'inactivité* évacue tous les chômeurs. L'invention du TI a donc consisté à additionner les effectifs relevant de deux concepts mutuellement exclusifs, le *chômage* et l'*inactivité*, et de rapporter ce résultat à la population des 15 ans et plus, obtenant ainsi une mesure appropriée du concept de *niveau de non-emploi* (Côté, C., octobre 1998, p. 16). Ce faisant, devenait disponible un concept, *le niveau de non-emploi*,

qui, bien que n'émanant pas de spécialistes d'une science vouée à la production et à la distribution de la richesse (l'économique), s'est avéré extrêmement précieux pour décrire, expliquer et comprendre les effets sociaux, démographiques et sanitaires de la carence de richesse – autrement dénommée *pauvreté*.

Il est éclairant, à cet égard, de considérer ce que des économistes étrangers – qui ont, entre autres avantages, celui de ne pas partager avec nous le fruit des taxes et des impôts perçus au Québec – pensent du problème des concepts liés au non-emploi ou au sous-emploi. Dans son *Introduction à la politique économique*, Jacques Généreux[57] affirme « *Pour l'économiste, le vrai problème du marché du travail est celui du sous-emploi…» « On sait… que le nombre de chômeurs et le taux de chômage global ne sont en rien des indicateurs pertinents du sous-emploi* ». (J. Généreux, 1997, p. 138) Il signale, eu égard aux impacts du sous-emploi (p. 91), qu'ils signifient :

- des pertes de production et de revenus;
- des coûts sociaux et collectifs;
- une faible consommation par la population;
- une baisse des revenus d'entreprise;
- des tensions dans les groupes sociaux;
- de l'instabilité politique;
- une insécurité nuisible pour l'ensemble.

On voit, à cette énumération, qu'il n'est pas de la nature des choses d'entretenir dans la réalité des cloisons aussi étanches que celle qu'entretient, au Québec, une certaine pensée académique.

À cet égard, puisque certains pontes académiques québécois s'arrogent le droit d'affirmer que le TI est invalide parce qu'il n'est pas l'objet d'une utilisation au plan international et compte tenu qu'il s'agit d'une mesure inventée au Québec, il serait pertinent de retourner vers eux les projecteurs et de les inviter à produire *leur* vérification *démontrant* sur la base des faits, la vacuité du niveau de non-emploi, comme concept utile à la compréhension des phénomènes sociaux, incluant les phénomènes économiques. À défaut d'une telle démonstration, il devient pertinent de penser que l'attitude systématique de *refus* auquel se bute le concept au Québec puisse être le fait d'une attitude anti-scientifique de personnes ayant littéralement gobé le dicton : « Nul n'est prophète en son pays ». En l'absence d'une vérification tangible de l'invalidité du concept par ses détracteurs québécois, on serait autorisé à se demander si cette non-reconnaissance internationale du taux d'inoccupation ne serait pas en partie la mesure de l'inaction ou de la suffisance d'une certaine classe académique, peu encline d'utiliser concrètement des mesures neuves et valables dans des travaux portant sur les données de la réalité du Québec.

La signification du TI dans la réalité

[57] L'auteur de cet ouvrage est selon la notice de son livre « Auteur de nombreux ouvrages, maître de conférences des universités, professeur à l'Institut d'études politiques de Paris; il est également professeur affilié à l'École Supérieure de Commerce de Paris et directeur de collections aux Éditions du Seuil ».

Si le taux d'inoccupation a la « faiblesse » d'être une invention québécoise, par contre, l'ensemble des vérifications qu'il a rendu possible à ce jour sur des phénomènes sociaux à diverses échelles territoriales en indique clairement l'intérêt comme mesure du premier déterminant de certains faits sociaux de portée universelle. Depuis sa conception, le TI a notamment démontré sa capacité d'expliquer des *mouvements migratoires* qui bouleversent et mettent en cause la reproduction naturelle de populations locales et régionales entières par la perte sélective des personnes plus scolarisées, en âge de travailler et de procréer. L'effet cumulé des pertes de jeunes et de la chute concomitante des naissances accélèrent le vieillissement des populations caractérisées chroniquement par un TI élevé (Côté, C., 1991). Le TI mesure la carence, dans un milieu, de la source première d'accès à des revenus convenables et à une certaine autonomie : le *travail*. Sachant par l'ensemble de travaux antérieurs publiés que le TI est une mesure efficace d'un fait social qui agit comme le déclencheur de processus réels et causaux, il devient intéressant de voir comment, en 1998, au Québec cette mesure est interprétée par quelques experts.

La signification du TI dans l'imaginaire de certains experts québécois

À l'été 1998, un groupe d'experts recruté par une instance du Ministère de la Santé et des Services sociaux, le FRSQ, pour porter un jugement scientifique sur cet « indicateur » écrivait : « *Le taux d'inoccupation est un global du non-emploi. De par les éléments qui le composent, il est susceptible d'être corrélé avec un grand nombre d'indicateurs socio-économiques (ex. : personnes âgées, pauvreté, sous-scolarisation, personnes seules).* » (R. Pineault et al., 1998, p. 3)

Référant ensuite aux travaux ayant mesuré le lien de causalité entre le manque d'emploi des populations et leur niveau de recours aux services lourds de santé, le groupe ajoutait: « *Cette vérification empirique produit des corrélations élevées*[58] *ce qui s'explique d'une part par les corrélations brutes du taux d'inoccupation avec diverses variables socio-économiques, d'autre part, par la saturation du modèle statistique lorsqu'on introduit de manière tautologique*[59] *des variables explicatives déjà comprises dans la variable expliquée*. » (R. Pineault et al., p. 4)

Voilà qui apparaît très « clair » comme épreuve scientifique : si le TI ne corrèle pas, alors il n'est pas bon; par contre, s'il corrèle à un niveau élevé, ça ne signifie rien! En supposant analogiquement que le TI soit une personne et qu'il dispose d'un comportement, la psychologie expérimentale conclurait sans doute que le TI est en situation de *double contrainte* : en effet quel que soit son « comportement », celui-ci sera jugé inacceptable; le TI se trouve de la sorte condamné à ne plus devoir se comporter du tout.

---

[58] L'italique est de nous.

[59] Il est intéressant de noter l'expertise manifeste du rédacteur du groupe d'experts en matière de *tautologie*. En effet, les deux termes de son propre raisonnement *sont tautologiques*. Une première proposition dit : le TI est susceptible d'être corrélé avec un grand nombre d'indicateurs socio-économiques. La seconde affirme : ces « corrélations élevées s'expliquent par les corrélations du TI avec diverses variables socio-économiques. Voilà une vraie prestation tautologique : le TI est *susceptible* de corréler donc ces corrélations s'expliquent par *le fait* qu'il corrèle.

Par ailleurs, si la corrélation de 92 % entre le TI et le niveau de morbidité hospitalière inquiète des experts, il faudrait donc se sentir « rassuré » de constater que les indicateurs proposés par ces mêmes experts ne présentent nullement ce « défaut » : *ils ne corrèlent pratiquement pas avec la morbidité hospitalière*. Cet exemple permet de cerner la source de cette « double contrainte » : elle oppose la *vérification scientifique* de phénomènes mesurables dans la réalité – car la mesure de ces phénomènes reproduit fidèlement les processus intrinsèques de la réalité sociale – à *l'opinion* de personnes qui, en dépit de leur statut d'experts, n'ont pas vérifié dans la réalité les faits sur lesquels ils se prononcent, ne s'étant, entre autres choses, jamais dotés des outils conceptuels appropriés pour le faire.

Il est également intéressant de noter que ces experts *expliquent* le rendement élevé des corrélations par **l'hypothèse** d'un effet de *saturation* statistique (Côté, C., 1998, p. 40-42), sans jamais se poser la question de la *concomitance des phénomènes sociaux réels* sous-jacents à ces variables socio-économiques. Sans se demander, par exemple, si le sous-emploi chronique que mesure le TI pouvait agir comme *une cause* entraînant dans son sillage un ensemble *d'effets mesurables et reflétés par d'autres variables socio-économiques*.

Quant à l'expression « *saturation statistique* » qu'ils utilisent dans leur rapport pour discréditer les résultats de nos travaux, elle apparaît plutôt la manifestation d'une aberration collective dont le groupe d'experts dans son entier – cinq experts en tout – aurait été la victime. Leur « critique » oublie que les corrélations élevées que nous rapportons dans cet ouvrage se *constatent* d'abord comme des faits de réalité, alors que *l'explication* vient ensuite. Ces corrélations ne sont pas des « constructions ». De plus, l'usage du mot « saturation » donne lieu de croire que les cinq experts impliqués se seraient tout bonnement et unanimement trompés de *méthode à analyser*. En effet, le terme *saturation statistique* n'a absolument aucun sens en *analyse de sentier* (voir le chapitre 3), contrairement à *l'analyse factorielle*, *une autre méthode statistique que nous n'avons pas utilisée*. En ce sens, les experts auraient commis une grave erreur méthodologique ne sachant voir la différence entre deux méthodes statistiques. Enfin et de surcroît, ils auraient commis une erreur de jugement toute aussi grave que la précédente. Comment en effet peut-on logiquement émettre l'hypothèse d'un effet de saturation statistique ou d'une tautologie lorsque le *modèle explicatif développé ne contient que deux variables indépendantes et mutuellement exclusives statistiquement* (le TI et l'historique du peuplement) pour expliquer non pas une mais trois variables dépendantes mutuellement exclusives l'une de l'autre : soit la morbidité, les taux de réhospitalisation et les durées moyennes de séjour (voir les chapitres 2 et 3 de même que l'annexe 9). Quant aux autres variables socio-économiques auxquelles ils font référence dans cette citation de leur rapport, *où les retrouve-t-on au juste dans le modèle statistique*? Force est de constater, à la lecture de leur rapport, que ces experts semblaient être doués d'un « sens critique » *sursaturé* et que leurs commentaires sont susceptibles d'être corrélés avec un grand nombre de rumeurs entretenues mais pas *avec le contenu* scientifique de l'ouvrage que leur a soumis la Régie.

La signification du TI en regard de la santé des populations

La première partie de l'ouvrage a permis de voir qu'en traduisant le manque relatif de travail au sein des populations, le TI rend compte de la *pauvreté* relative des populations en l'expliquant – l'emploi demeurant, à cette échelle, le moyen premier d'accession au revenu. On y a aussi vu comment le niveau de morbidité des populations est lié causalement à ce que mesure le TI. La vérification statistique des phénomènes morbides a mis à profit toutes les données hospitalières du Québec sur plus de douze ans. *Jamais à notre connaissance, ici ou ailleurs, à l'échelle de toutes les données, une vérification de cette ampleur n'a été réalisée*. Il en ressort, au plan scientifique, des constats qui ajoutent à la connaissance de la morbidité et du fonctionnement des systèmes sociaux. On y a vu notamment que le manque relatif d'emploi que mesure le TI entraîne *une expression de la morbidité cohérente* pour l'ensemble des groupes d'âge et pour la grande majorité des maladies organiques, et ce, malgré les différences régionales d'organisation de l'offre et nonobstant des millions de décisions médicales distinctes et indépendantes.

On arrive donc à pouvoir considérer, dans son ensemble, la capacité déterminante au plan social de ce que mesure le taux d'inoccupation. *Causalement et selon son niveau, le TI rend compte des mécanismes qui conditionnent la pauvreté des populations, leur composition, leur avenir démographique – partant, leur représentativité politique – et, ultimement, la morbidité, de même que les conditions défavorables à l'adaptation et à l'intégration des individus à leur milieu*.

« Il importe de trouver des solutions… aux problèmes posés par des taux d'inoccupation élevés »

En regard de la signification du TI, il est intéressant de relever une affirmation du Groupe d'experts du FRSQ qui, après avoir rejeté « la thèse » du TI, ajoute « *Nous reconnaissons toutefois que les préoccupations qui sont à la base de la méthode Côté* (lire le TI) *sont dignes d'intérêt, et qu'il importe de trouver des solutions appropriées aux problèmes posés par des taux d'inoccupation élevés*. » (Pineault et al., 1998, p. 5) En effet, aurait-il dû ajouter « ces problèmes posés par les TI élevés » sont justement ceux qui *fondaient le mandat même*[60] du Groupe constitué par le FRSQ : les besoins des populations régionales en matière de santé.

Les énoncés qui précèdent résument un ensemble de « vérifications scientifiques » publiées et accessibles qui assoient dans le discours académique la portée du concept mesuré par le TI. Une autre approche aurait pu, beaucoup plus simple, référer à la capacité d'êtres raisonnables de reconnaître des *évidences*. Dans la réalité perceptible par n'importe quelle personne douée de raison, le TI distingue les populations davantage affectées par la *pauvreté* de celles qui disposent de plus de *richesse*. Puisque les effets de la pauvreté font aussi partie de l'univers sensible des personnes, il n'est pas difficile de comprendre que le taux d'inoccupation est un instrument qui peut, dans le contexte d'une société démocratique, fournir des indications permanentes pour vérifier dans quel sens on

[60] À ne pas confondre avec le *traitement* qu'ils ont réservé à ce mandat.

fait évoluer les populations. Le *travail*, comme notion de la réalité, renvoit aux activités humaines, coordonnées en vue de produire ce qui est utile; le fait d'accepter que des populations entières, *par manque endémique de travail*, ne puissent participer à la création de la richesse collective et au développement de leur société représente l'un « *des problèmes posés par des taux d'inoccupation élevés* ». (Pineault et al., 1998, p. 5)

Puisque les taux d'inoccupation élevés désignent les populations pauvres, puisqu'il désigne aussi celles où se manifestent forcément et davantage les maladies de tous types affectant l'ensemble des groupes d'âge, puisqu'il désigne aussi les populations dont l'avenir est compromis par la migration forcée des jeunes en âge de produire et se reproduire, il n'est en effet pas difficile de conclure qu'il s'agit là d'une « *préoccupation digne d'intérêt* » – pour emprunter l'expression euphémique d'experts qui, du même souffle, chuchotent sur l'importance de la flamme, tout en essayant de l'éteindre. En tentant, par euphémismes interposés, de disqualifier le taux d'inoccupation, ces experts se prêtent à un jeu qui présente des similitudes étranges avec un fait décrit par J. Généreux dans son « Introduction à la politique économique ».

Les alternatives théoriques au TI sont inexistantes

> « *... les économistes savent bien qu'il n'y a pas un problème du chômage en général. Une partie du chômage est parfaitement efficace (chômage frictionnel). Le problème du chômage n'est pas bien grave pour une fraction de chômeurs bien formés qui finissent par trouver des emplois conformes à leurs souhaits; il est en revanche dramatique pour d'autres catégories de travailleurs.* ***On sait également que le nombre de chômeurs et le taux de chômage global ne sont en rien des indicateurs pertinents au problème du sous-emploi****. Pourtant, durant plus de vingt ans de montée d'un chômage massif en Europe (1975-1996), l'essentiel du débat politique est* ***resté limité au phénomène global et l'appréciation des performances politiques s'est cantonné à l'examen du taux de chômage****. Pourquoi? Pour une série de raisons liées au fonctionnement du* ***marché politique****... [notamment]*
> *« il est plus* ***facile*** *de faire baisser le taux de chômage global que de réduire le taux de chômage des catégories pour qui il est le plus dramatique (parce qu'elles sont les moins formées, les plus longtemps exclues de l'emploi et donc les plus difficiles à réinsérer dans la vie active) ».*
>
> Jacques Généreux, 1997, p. 138-139

Cet extrait d'un ouvrage récent instruit sur l'intérêt d'une notion qui soit capable de mesurer, par rapport aux autres, la position relative des populations rendues improductives par le manque de travail : en mesurant ce rapport collectif au sous-emploi, le TI mesure aussi un rapport collectif à la richesse des populations, donc à ce qui, dans notre monde, fait l'objet des intérêts les plus triviaux au sens de la *recherche de l'avantage*.

Le sens du TI dans une société démocratique

Dans une société démocratique, la capacité de mesurer et de reconnaître ce rapport à la richesse – offrant de la sorte des indications directes sur l'utilisation réelle de la richesse collective – pourrait faire partie des assises conscientes et raisonnables rendant possible une solidarité sociale véritable. Deux citations jettent un éclairage sur ce sujet. La première, d'un des concepteur de la pensée politique et plus généralement de la pensée occidentale, a le mérite de formuler, sans euphémisme, les enjeux qui sous-tendent les communautés humaines et leurs institutions. L'autre émanant d'un économiste d'aujourd'hui permet de bien saisir le paradoxe qui se pose, pour tous et chacun, *en l'absence de quelque critère universellement reconnu ou valable pour situer, sur une échelle commune, la position relative de diverses communautés ou populations en regard du partage social de la richesse collective*; le travail en faisant partie en toute première instance.

> « *La vraie différence qui sépare entre elles démocratie et oligarchie, c'est la pauvreté et la richesse; et, nécessairement, un régime où les dirigeants, qu'ils soient minoritaires ou majoritaires, exercent le pouvoir grâce à leur richesse est une oligarchie et celui où les pauvres gouvernent, une démocratie*. »
>
> Aristote, Politique, Livre III, 8, 7.

> « *La solidarité présente les caractéristiques d'un bien collectif au même titre que la défense nationale, la justice ou l'éclairage public :* ***tout le monde a intérêt au développement de ce bien mais personne n'a intérêt à s'engager dans la production de ce bien****. Tout le monde a intérêt à vivre dans une société plus solidaire mais personne n'a intérêt à être solidaire tout seul*. »
>
> Jacques Généreux, p. 368-369.

Pour conclure sur ces aspects de la signification du TI pour les experts québécois, nous avons vu sur le plan des faits de la réalité et sur le raisonnement qui permet de les comprendre, que cette mesure a la capacité de mesurer, en amont, un fait de la réalité sociale qui enclenche toute une série d'effets en aval impliquant la quantité et la variation des populations, leur niveau de richesse ou de pauvreté, leur état de santé et leurs autres caractéristiques sociales. Nous avons vu aussi que cette mesure, développée ici, présente – comme critère – des aptitudes qui la qualifient tout à fait à l'usage de la science, de la politique et peut-être même de l'administration. Les qualités intrinsèques de la mesure en font – c'est notre conviction – un outil *nécessaire* de compréhension et d'orientation dans le sens du bien général à l'échelle des collectivités territoriales. Il reste, comme l'indique le paragraphe 6.2, un peu de chemin à faire pour faire en sorte qu'il soit plus et mieux utilisé comme instrument scientifique. Une chose est sûre : le TI n'est pas une mesure qu'on chercherait à imposer comme objet d'une vaine vénération – un fétiche – ou à l'opposé, comme objet d'un mépris sans fondement.

La signification du TI pour la science économique et pour la science politique

La citation qui suit dresse un bref inventaire du matériel fondamental disponible au plan international pour réfléchir sur la pertinence d'un concept inventé au Québec : la mesure du niveau de non-emploi. Cette citation est pourtant tirée d'un ouvrage *d'introduction* sur les aspects élémentaires de la politique économique.

« … LE PROBLÈME DE LA MESURE DU CHÔMAGE

Tout le monde s'accorde pour retenir la définition du Bureau international du travail (BIT). Au sens du BIT, un chômeur est un individu en âge de travailler, sans emploi rémunéré, à la recherche effective d'un emploi rémunéré et disponible. Mais cette définition repose sur quatre notions ambiguës : l'âge de travailler, l'emploi, la recherche et la disponibilité…

***Ainsi, l'économiste scientifique n'a rien à dire sur la définition du chômage; elle dépend entièrement de conventions arbitraires**. C'est la raison pour laquelle la théorie économique ne participe pratiquement jamais au débat pourtant fréquent sur la mesure du chômage. Ce débat est essentiellement politique et sans intérêt réel pour l'analyse économique. En effet, une définition plus précise du chômage ne serait utile que si une mesure précise du nombre de chômeurs importait vraiment pour la politique économique. **Or, il n'en est rien : le nombre de chômeurs ne donne pas les informations essentielles sur l'efficacité du marché du travail**.*

*Un nombre de chômeurs et **un taux de chômage (en pourcentage de la population active) n'ont en eux-mêmes aucune signification particulière en raison de la diversité des situations qu'ils peuvent recouvrir**. Dans les années 1980, en France, un taux de chômage de 10 % pouvait masquer un taux de chômage de 3 % pour les diplômés des grandes écoles et un taux de chômage de près de 50 % pour les femmes de moins de 25 ans et sans qualification.*

Un chiffre identique de 3 000 000 de chômeurs sera enregistré dans deux situations dont les significations sont diamétralement opposées :

- *3 000 000 de personnes sont au chômage depuis 5 ans; ce sont toujours les mêmes et tous les autres membres de la population active ne connaissent jamais le chômage;*
- *3 000 000 de personnes entrent au chômage chaque jour et en sortent le lendemain.*

Dans la première situation, on constate une exclusion définitive d'une partie de la population active et une incapacité totale du marché du travail à réinsérer les chômeurs. Dans la seconde, on a une économie où la mobilité du travail est extrême, où chaque individu change d'emploi un très grand nombre de fois dans l'année, mais où le marché du travail n'a aucune difficulté à réintégrer presque immédiatement tous les chômeurs. Dans le premier cas, le marché du travail est totalement inefficace, dans le second, il est parfaitement efficace; et pourtant, le nombre de chômeurs est le même dans les deux cas…

De toute façon, pour l'économiste, le vrai problème du marché du travail est celui du sous-emploi. La question pertinente est de savoir si le facteur travail est pleinement employé ou non, c'est-à-dire s'il est utilisé dans des conditions qui garantissent la productivité maximale. Or, nous l'avons montré, le chômage n'est pas une mesure pertinente du sous-emploi.
***Ainsi, les débats sur la définition et la mesure du chômage ne présentent guère d'intérêt pour l'analyse économique et risquent au contraire de détourner l'attention des vraies questions qui concernent le sous-emploi et la durée du chômage**.* »

Généreux, Jacques « Introduction à la politique économique » Éditions du Seuil, 1997, p. 91-93.

Voilà donc exprimée la véritable nature du problème, enfin mise en évidence! Cette citation, on l'aura constaté, a le très grand mérite de rendre explicite la source de très nombreuses confusions mettant en cause la notion « chômage » en général : la mesure offi-

cielle et universellement admise du chômage coïncide avec une définition dont les termes peuvent être interprétés de toutes les manières possibles étant fondée sur des conventions arbitraires.

C'est pourquoi le taux d'inoccupation *dut être inventé, non pas pour résoudre des problèmes qui se posent à la science économique, mais afin de satisfaire à un certain nombre d'exigences théoriques et méthodologiques relevant, dans l'immédiat, davantage des préoccupations de la sociologie que de celles d'autres disciplines. Des préoccupations à l'effet que la disponibilité de travail et l'accès à l'emploi apparaissent dans les faits comme les premières conditions préalables à l'existence même des sociétés en général*. La désintégration des régions est la résultante et la manifestation même de la perte de cette condition préalable par les sociétés régionales concernées.

En conclusion sur le sujet, nous n'avons pas la prétention de croire que l'invention du TI résout tous les problèmes théoriques inhérents au concept de « chômage », mais quelques-uns certainement et qui pourraient éventuellement être traités ailleurs et en d'autres occasions.

6.2. Les objections au TI

On me demande pourquoi j'ai nommé le nom des auteurs où j'ai pris toutes les propositions abominables que j'y ai citées – ...si j'étais dans une ville où il y eut douze fontaines et que je susse certainement qu'il y en a une qui est empoisonnée, je serais obligé d'avertir tout le monde de n'aller point puiser de l'eau à cette fontaine; et, comme on pourrait croire que c'est pure imagination de ma part, je serai obligé de nommer celui qui l'a empoisonné plutôt que d'exposer toute une ville à s'empoisonner.

Propos attribué à Blaise Pascal

Je tiens à féliciter l'honorable gentleman qui m'a précédé à cette tribune. Il me semble en effet difficile de se situer à l'opposé de la vérité avec plus de précision et d'obstination.

W. Churchill

Si comme la vérité le mensonge n'avait qu'un visage, nous serions en meilleurs termes. Car nous prendrions pour certain l'opposé de ce que dirait le menteur. Mais le revers de la vérité a cent milles figures et un champ indéfini.

Montaigne

Savez-vous pourquoi vous l'estimez grand? Vous y comptez la hauteur de ses patins… Mesurez-le sans échasses.

Montaigne

Au sens de ce chapitre, la *bataille du TI* réfère, on l'aura compris, au fait d'être aux prises avec les événements et les problèmes posés par des taux d'inoccupation élevés et à la difficulté de convaincre ceux qui assument des fonctions pertinentes au sujet. Mais

l'ensemble de ces difficultés met en jeu des personnes qui, de part et d'autre, prennent, tiennent et soutiennent, pour divers motifs, des positions qui s'opposent.

Pendant ce temps, indépendamment des points de vue tenus de part et d'autre, la réalité garde ses droits : toute perte de temps, dans le choix des mesures des concepts et des interprétations justes, entraîne un coût social – qui, à terme, sera assumé par l'ensemble de la société – et des situations aboutissant à la perte définitive de choses qu'à un moment donné nous croyions acquises : tels un régime universel et public de services; le maintien sur un territoire d'une collectivité ayant développé ses caractères propres et uniques; peut-être aussi la perte politique des territoires *délaissés*.

Le concept du TI date de 1978 : il y a donc un historique attaché à sa conception, à sa validation et à sa promotion comme instrument d'évaluation et de correction de situations qui vont à contresens des attributs essentiels à un système social, attributs indispensables à la vie des femmes et des hommes qui composent une société. Dans le prochain paragraphe, réservant notre jugement sur *les intentions ou intérêts* des protagonistes, nous nous attacherons à décrire et caractériser le cours des événements touchant le taux d'inoccupation depuis que la Régie régionale du Saguenay–Lac-Saint-Jean a pris part au débat sur la mesure du besoin des populations et sur les gestes d'allocation de ressources publiques liés à ces besoins.

Les questions, les discours et les autres gestes qui ont mis en cause le TI, *depuis qu'existe la Régie régionale (1993)*, sont divers; ils ont néanmoins eu pour résultat général d'en *repousser* et d'en *retarder* l'acceptation et l'utilisation. L'examen de ce seul épisode de la bataille du TI devrait donc nous permettre d'inventorier et de caractériser les façons de faire qui retardent dangereusement les vraies discussions et les bonnes décisions, en regard des enjeux sociaux et sanitaires sous-jacents au maintien de « taux d'inoccupation élevés ».

Avant de procéder, il est utile de rappeler que la récente réforme de la santé a eu pour effet, méconnu mais majeur, de déplacer du Conseil du Trésor vers le MSSS la responsabilité légale de répartir entre les régions près du tiers du budget de l'État et de recourir à cette fin à des critères permettant de mesurer le besoin des populations régionales, en matière de santé. À terme, l'allocation de ces fonds publics se traduit *en emplois* voués à la prestation de services de santé et de services dits sociaux. Il importe aussi de préciser que même si les crédits sont votés à l'Assemblée nationale, ils le sont, dans le contexte actuel, sur la base de propositions de l'administration, elle-même alimentée par ses conseillers (voir, à cet effet, l'éloquente proposition de critères de 1995, en annexe 7). Sauf mention différente, les discussions, les questions, les discours et les gestes dont il sera fait ici état se sont, pour l'essentiel, inscrits dans le cadre des échanges entre les régies régionales, le ministère (ses officiers et ses conseillers) et des experts externes, universitaires pour la plupart, consultés sur ces matières.

Le jeu des questions

La nécessité d'obtenir *des clarifications supplémentaires sur les qualités du TI* s'est à maintes reprises manifestée comme en fait foi l'annexe 9 : celle-ci fait état des documents élaborés et publiés par la Régie régionale du Saguenay–Lac-Saint-Jean *pour répondre spécifiquement aux questionnements* soulevés au Comité MSSS-Régie sur l'allocation des ressources ou à d'autres instances. Les arguments évoqués à ces tables pouvaient aller des plus subtils inconforts esthétiques[61] jusqu'à des questions fondamentales de la plus haute importance. Parmi ces dernières, deux se sont démarquées.

Une première question touchait le rapport qui pouvait exister entre le niveau de non-emploi, mesuré par le TI, et la *pauvreté*. En effet, à cette époque, il apparaissait relever d'un consensus implicite mais universellement accepté que la pauvreté est génératrice de maladie et de problèmes dits sociaux. Ce qui était, au dire de plusieurs, moins clair, c'est le rapport entre le manque d'emploi que mesure le TI et la pauvreté. La première partie de cet ouvrage, comme divers documents produits à l'époque (Côté et al., 1996) ont montré que le manque relatif de la principale source du revenu des populations, l'emploi, qualifiait on ne peut mieux le niveau de pauvreté relative des dites populations.

Une autre question, très fertile celle-là, découla du scrupule légitime de personnes qui trouvaient bien « intéressant » le TI mais qui hésitaient à reconnaître comme étalon du « besoin sociosanitaire » des populations, une mesure n'entretenant éventuellement pas de lien avec la demande de services liés à la vocation du ministère de la Santé et des Services sociaux. Couplé au fait alors extrêmement surprenant pour notre régie qu'au terme de deux années (février 1993 – février 1995) de travaux sur le besoin des populations en services, les conseillers du MSSS reconnaissent n'avoir pas regardé « la réalité », cela a été le point de départ des travaux exhaustifs qu'expose cet ouvrage. La Régie était alors loin de se douter que le TI s'avérerait la mesure la plus performante connue au terme d'une vérification approfondie basée sur l'analyse des données de la réalité.

Les objections de nature légale

Très tôt dans le débat, l'une des objections qui se manifestait avec le plus de régularité et sous diverses formes tournait autour de *la légalité d'utiliser le TI aux fins de la mesure des besoins sanitaires des populations*. Les documents produits alors pour répondre à des telles affirmations (Larouche, 1994) démontraient qu'en fonction des impacts mêmes de la redistribution des dépenses publiques, il n'était pas fondé, en réalité, de ne considérer les besoins que sous l'angle des programmes-clientèles. De même, la connaissance déjà disponible des impacts démographiques, sociaux et autres découlant des écarts mesurables par le TI permettait de réfuter un raisonnement étroit voulant que le TI étant un « indicateur » du domaine de l'économique, il ne pouvait donc être question de lui trouver quelqu'usage pour l'allocation des ressources de la santé. Comme si le rapport social entre la carence de travail, de richesse et la maladie devait s'accommoder des distinguos

[61] Par exemple, l'inélégance du terme « taux d'inoccupation » ou le fait qu'il qualifie d'inoccupées les personnes qui y sont comptées, telles les personnes s'appliquant aux tâches ménagères.

d'officines. De façon générale, cette « présomption » d'illégalité ou de non-conformité du TI s'exprimait sous forme d'une rumeur larvée et persistante dont on trouve cependant des traces tangibles dans l'appréciation des experts recrutés par le FRSQ en 1998. Touchant l'utilisation éventuelle du TI, on y objectait :

> « *En effet la mission du Ministère* ***doit se limiter à son domaine*** *de compétence. Il serait malvenu d'empiéter sur celui d'autres ministères* ***dans les responsabilités qu'il partage avec eux*** *à l'égard de la santé et du bien-être. On ne peut tout particulièrement le rendre responsable du développement économique ou de l'emploi, même si l'on reconnaît l'influence de ces facteurs sur la santé.* »
>
> Pineault et al., 1998, p. 3

Cet énoncé est peut-être la meilleure synthèse du genre d'arguments véhiculés sur le TI par « on ne sait qui » sur « on ne sait quoi ». S'inspirant d'une largeur de vue équivalente, n'importe qui pourrait par exemple prétendre illégal l'indicateur proposé par le MSSS en 1998 : sur la base qu'il consiste notamment à **multiplier** un indice relevant du MSSS – l'espérance de vie – par un indice relevant de la mission du Ministère de l'Éducation – le taux de faible scolarisation… À partir du type d'optique évoqué dans cette citation, on ne pourra s'attaquer au problème réel des écarts de santé que lorsqu'existera le *ministère d'État au Manque de travail, à la Pauvreté qui en découle, à la Maladie ainsi générée et à l'Exode des jeunes (le MEMPME)*.

Le recours à des experts

Puisque, paraît-il, il est difficile pour tout décideur de quelque bonne foi qu'il soit d'appréhender toutes les dimensions essentielles découlant de travaux scientifiques, la réflexion sur la mesure du besoin sociosanitaire des populations a « bénéficié », depuis 1995, de deux événements basés sur le recours à des scientifiques externes parfois même étrangers pour se pencher sur la question de la mesure des besoins sociosanitaires des populations régionales du Québec. Des documents spécifiques et des parties du présent ouvrage ont traité des divers éléments de contenu de ces deux expertises. Ce qu'il importe néanmoins d'ajouter ici à ce sujet relève de ces deux expériences. Le point de vue de la Régie, une fois pris un certain recul, peut s'exprimer comme suit : *notre conviction d'avoir mis au jour, sur la base d'une confrontation avec les données de la réalité, une compréhension neuve et vraie des écarts de santé et de l'étiologie sociale de la morbidité* s'est butée à des processus de validation scientifique totalement insatisfaisants : *il n'a jamais été possible d'aller au fond des choses* avec les experts rencontrés. Tout s'est d'ailleurs passé, spécialement lors de la seconde audition scientifique, comme si l'enjeu était justement de ne pas aller au fond des choses et de ne pas discuter au plan scientifique. Il n'est pas abusif de décrire le résultat de l'audition menée en 1998 par le FRSQ comme *étranger à un mandat scientifique* et truffé *d'inexactitudes béantes*.

À cet égard, on comprend facilement les limites du travail d'un groupe d'experts utilisant l'approche scientifique suivante : *après avoir réussi à caser une mesure dans une* ***École de pensée*** *quelconque et après avoir identifié un ministère pour ne pas s'en occuper, on*

devient tout à fait autorisé à cesser de (mal) réfléchir et à poser un jugement – le plus définitif possible sur les choses… qu'on n'a pas étudiées.

Qu'en conclure

L'ensemble des constats qui précèdent sur une *fraction* seulement des circonstances dilatoires qui ont caractérisé le « débat » semble présenter tous les attributs d'un problème apparemment insoluble.

Tel n'est pas notre avis. En effet, puisque notre prétention est d'amener une connaissance neuve et robuste sur la mesure de l'état de santé et de l'état d'un système social, on pourrait très bien s'en remettre au processus naturel qui consiste à publier, laissant ainsi tout loisir à ceux qui pourraient émettre des objections valables de nous voir reprendre l'expression du fondateur de l'Académie canadienne-française.

> « *… je me suis efforcé de voir juste et de dire juste. Je m'incline à l'avance devant les critiques fondées qu'on pourra m'adresser. Mais à l'avance, je refuse de saluer la bêtise si omnipotente qu'elle soit*. »
>
> V. Barbeau, 1935, p. 10.

Mais tout cela prend du temps et tout cela laisse courir « les problèmes posés par les taux d'inoccupation élevés ». Ce qui nous amènera sans doute en conclusion à proposer des moyens de nature à faire progresser la bataille du TI dans le sens de convenir collectivement des problèmes sanitaires, sociaux et autres posés par les TI élevés et de convenir collectivement des bons moyens pour s'attaquer à ces TI élevés.

Autrement, on laisse au hasard ou à une quelconque discrétion le soin de choisir dans la multitude des groupes de pression – qui se feront des concours de pauvreté – celui qui temporairement aura fait prévaloir son besoin pour mieux servir son avantage, en s'appropriant la part du lion dans la compétition pour l'accès aux ressources publiques; et ce, au détriment de tous ceux qui sont, précisément, les plus lésés par cette compétition démocratiquement illégitime.

Éléments de générique

Que ceci soit bien compris du lecteur : la narration de la bataille du TI dont quelques péripéties viennent d'être esquissées, n'a pas été l'occasion de faire de l'humour caustique et gratuit sur les maladresses de quelconques groupes intellectuels et conseillers de l'État dont nous ne partagerions pas les perspectives.

Les enjeux de la bataille du TI tiennent de la tragédie collective, non de la comédie burlesque. L'expérience acquise de plusieurs années a révélé que dans les milieux où se concocte véritablement l'avenir du Québec et des régions qui le composent, on s'est montré à ce point **braqué** jusqu'à maintenant sur *l'idée fixe* de ne pas utiliser le TI pour répartir les ressources publiques entre les régions au prorata des personnes inoccupées,

qu'on serait tout disposé à *sacrifier* – dans la même inconscience bénie que celle qui guide leurs travaux – *la société québécoise dans son entier* plutôt que de souscrire à l'emploi de ce moyen visant à inverser le processus en cours qui inexorablement mène à ce résultat. Tous les faits analysés jusqu'à maintenant convergent dans cette direction et appuient cette compréhension de la réalité, si énorme puisse-t-elle paraître de prime abord; qu'il s'agisse de résultats de recherche, d'analyse de tendances lourdes ou de constats d'orientations explicites, etc. Les écarts de santé qui persistent entre les régions n'en sont, avec la recrudescence du suicide, que les manifestations ultimes et significatives, au plan sociologique comme au plan historique.

7. LE PROCHAIN LANGAGE DE L'IMPUTABILITÉ : ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION POUR LA SUITE DES CHOSES

Retour à la tdm.

Préambule

En 1960, le Frère Untel[62], dans l'ouvrage qui le rendit célèbre, dénonçait une pratique *généralisée au Québec* selon lui, *de la pureté par la stérilisation*; pour l'illustrer, il prenait en exemple le moyen radical qu'on utilise pour combattre les chenilles, *abattre les arbres*! Quatre décennies plus tard, on peut contempler le résultat de cette pratique dans « l'Erreur Boréale » et, selon certains, dans une rupture de stock de matière ligneuse. Dix ans après Untel, en 1970, le trio d'économistes Higgins, Martin, Raynault faisaient la preuve qu'on n'avait pas encore tenu compte de la leçon, en avançant que pour éradiquer la pauvreté et le chômage dans les régions peu développées, il n'y avait rien de répréhensible à *éliminer les populations elles-mêmes*, au lieu de les aider à se développer.

> *« Il n'y a rien de répréhensible* [écrivaient-ils] *à supprimer la pauvreté et le chômage dans une région peu développée en attirant la population dans une ville dynamique; l'essentiel des progrès passés s'est effectué précisément ainsi. »*
>
> Higgins, B. et al., Rapport HMR, 1970, p. 145.

Ceci donna en guise de politique d'aménagement du territoire et de développement régional, une forme particulière de stérilisation qui se manifeste au plan social par la désintégration des régions avec son cortège d'effets indésirables tels la morbidité chronique, la pauvreté endémique et l'exode des jeunes. Quant aux progrès qui se constatent au présent, les multiples ouvrages qui ont été publiés sur les effets du colonialisme, dans les populations du tiers monde, sont particulièrement éloquents sur les genres de progrès auxquels on peut s'attendre. En cette matière, les aventures de *Tintin au Congo* demeurent une référence classique. De ces résultats, personne n'est véritablement tenu imputable et responsable. En général, ceux-ci sont mis au compte d'un euphémisme de circonstance : *un choix de société pour la bonne cause*. Seuls les faits de la réalité et les dysfonctions constatées sans cesse et encore dans les régions témoignent des séquelles découlant des omissions et des actions posées jadis, et attribuables à des décisions arrêtées ailleurs et à une autre époque; *mais sous l'inspiration de personnes bien réelles et supposément éclairées*.

Trente ans après HMR, le rapport du comité d'experts rencontré en 1998 nous fait assister à une troisième forme de stérilisation : par l'éradication des références aux vérités fondamentales, aux évidences et aux événements antérieurs qui expliquent et confèrent une signification aux faits qui se constatent aujourd'hui dans la réalité. Selon les mem-

[62] Desbiens, J.P. « *Les insolences du frère Untel* », Les Éditions de l'homme, Montréal, 1960, 154 p., p. 55.

bres de ce comité, *ces vérités fondamentales n'existent pas, et les pratiques économiques qui expliquent les faits, ne correspondent à rien de connu*! Le chapitre cinq raconte les péripéties de cette forme de stérilisation de la pensée et de la conscience qui, après les arbres et les populations, s'en prend désormais à la vérité et à l'histoire. Dans le prolongement de cette réflexion générale, qui sera tenu imputable de quoi en matière de santé des populations dans un avenir plus ou moins éloigné? À quelle nouvelle forme de stérilisation devons-nous nous préparer dans le but d'éradiquer la maladie attribuée, selon un discours officiel insistant, au vieillissement de LA population?

7.1. Les méandres de l'imputabilité

Sur le chemin de l'imputabilité

Ceux qui entretiennent encore des discours dilatoires, tels « *La santé ne crée pas d'emploi* », feignent d'ignorer que *toute dépense gouvernementale* – en santé, en éducation ou dans tout autre poste budgétaire – est de fait un investissement en emploi. Mais pourquoi au juste y a-t-il lieu d'insister autant sur le caractère fondamental d'une telle évidence? Qu'est-ce que cela peut changer à la vie des citoyens?

Pour y répondre, il faut référer à l'article 463 de la loi sur les services de santé et les services sociaux qui énonce la responsabilité **exclusive du ministre** en matière d'allocation de ressources aux **régions** : cet article affirme la responsabilité exclusive du MSSS relativement à l'intervention sur les *déterminants de la santé et du bien-être* des populations, c'est-à-dire sur le niveau d'emploi et de revenu affecté par l'investissement dans ce champ d'activité gouvernemental et donc sur la *réduction de la morbidité devant en découler*. Plus encore, selon la même loi, le MSSS apparaît seul responsable de la réduction des *inégalités de santé entre les régions*, mesurées par leur niveau de morbidité : voir l'article 1 de la loi (op. cit. p. 107) de même que la Charte d'Ottawa. Ainsi, le MSSS s'avère entièrement imputable des écarts interrégionaux de morbidité et de *consommation de services en découlant*, comme conséquence des critères (ou indicateurs) utilisés pour répartir les budgets de la santé et qui agissent sur ces disparités, les amplifiant ou les réduisant selon le cas. Or le choix de ces indicateurs relève explicitement de la fonction des conseillers qui orientent les décisions ministérielles dans telle direction ou telle autre, par le truchement de leurs recommandations.

Mises à part les références à la loi adoptée au début des années '90 seulement, ce commentaire décrit l'origine et le maintien des processus qui expliquent l'état de santé actuel des populations régionales du Québec. Ces processus ont été maintenus de façon inflexible depuis et malgré la création du Ministère des Affaires Sociales (MAS) au début des années '70. Un slogan résume l'ensemble de la problématique « la santé ne crée pas d'emploi ». Mais les faits qui se succèdent et qui se vérifient depuis cette époque invalident également un autre slogan couramment utilisé dans le domaine « l'offre crée la demande ». Ce que nous pouvons constater de tout temps, en matière de santé, c'est plutôt le « *maintien des disparités en matière d'offre a créé le besoin* ».

Imputabilité d'office et imputabilité réelle

Dès 1991, près de deux ans **avant** la création des régies régionales, les membres de l'ICRA formulaient la proposition suivante :

> *« Afin d'éviter que les régies ne s'enferment indéfiniment dans des jeux d'officine et des rapports de force, il faudrait absolument trouver le moyen de* ***les rendre imputables*** *à autre chose qu'à des fonctionnaires à Québec. La Commission Rochon suggérait d'en faire des organismes élus. Puisque ceci semble impraticable, il faut trouver d'autres moyens. Un de ceux-ci pourrait être de rendre les dirigeants des régies régionales responsables devant les membres élus de la Commission parlementaire des affaires sociales. A l'occasion de la défense de leurs crédits budgétaires, ils devraient rendre des comptes sur leurs dépenses passées et sur l'atteinte des objectifs prévus au plan triennal du gouvernement.*
>
> *Dans le contexte où les régies régionales seraient imputables aux autorités publiques élues, on pourrait prévoir un système de punitions-récompenses, pour responsabiliser les régies,* ***non seulement par rapport aux aspects financiers et administratifs du régime mais également par rapport à l'atteinte des résultats souhaités par le gouvernement. Le niveau de financement des régies régionales devrait alors être ajusté de période en période pour tenir compte de la taille de la population de chaque région, de l'état des facteurs déterminants de la santé de la région (ex. : taux de chômage, niveau de richesse, etc…) et du degré d'atteinte des objectifs.*** *»*
>
> Renaud, M. et al., Mémoire des membres de l'ICRA, 1991, p. 37-38.

En faisant porter par la *partie exécutive* seulement, l'entière responsabilité des résultats des décisions gouvernementales obtenus dans la réalité, les membres de l'ICRA rendaient par le fait même, la *partie décisionnelle* non imputable de ses propres décisions concernant l'amélioration de la santé des populations régionales et vis-à-vis sa propre responsabilité dans l'application de la loi; en dépit du fait que, conformément aux résultats de nos travaux de recherche, les domaines où les régies régionales peuvent exercer une influence, comptent tout au plus pour 10 % des écarts interrégionaux de consommation de services; en dépit du fait que les régies n'ont aucun pouvoir sur les déterminants de la santé des populations : la pauvreté et le non-emploi qui comptent, à eux seuls, pour 83 % des écarts interrégionaux de consommation. Or, ces déterminants relèvent essentiellement et en première instance de l'influence de ceux qui conseillent les décideurs sur les critères de répartition des fonds publics entre les régions, tout en prétendant par ailleurs que « *la santé ne crée pas d'emplois* », de ceux et celles aussi qui, préparant les projets de loi à faire voter par les Élus, ne les *informent* pas de *toutes* les conséquences du geste politique qu'on soumet à leur sanction. Notamment des effets que la répartition des budgets de l'État entre les populations exercera sur la répartition des emplois, sur la répartition de la richesse, sur la stabilité des populations, sur la répartition de la maladie et par voie de conséquence, sur le niveau de consommation de services des populations régionales.

Par contre le genre d'imputabilité suggéré par les membres de l'ICRA n'identifie d'aucune manière ceux et celles qui, dans les coulisses, influencent les décisions, en informant les décideurs à propos de cette réalité qu'ils n'ont pas regardée! Dans ce contexte, il apparaît pertinent d'avancer qu'en matière de santé, le degré d'imputabilité, reconnu aux différentes instances du régime par rapport à l'atteinte des résultats souhaités par le gouvernement, *est inversement proportionnel au niveau de responsabilité constaté dans la production des résultats vérifiables dans la réalité*. Ainsi :

- Les régies régionales sont imputables à 100 % alors qu'elles ne sont responsables qu'à 10 % du résultat.

- Les décideurs sont pour leur part imputables à 0 % alors que leur niveau de responsabilité s'élève à 83 %.

- Les conseillers, les intellectuels et les fonctionnaires pour leur part, ne sont ni responsables, ni imputables des résultats des décisions arrêtées conformément à leurs recommandations, et que les décideurs font appliquer par d'autres. Ils ne sont même pas désignés comme groupes pouvant être éligibles à quelqu'imputabilité.

La proposition des membres de l'ICRA va plus loin : elle propose *d'imposer des pénalités financières* à des *populations* régionales par régie régionale interposée, pour des résultats imputés à des administrateurs non responsables de ces résultats, ceux qui œuvrent dans les régies régionales en l'occurrence. À des administrateurs contraints de trouver et d'appliquer des solutions administratives à des problèmes structurels et *de société* qui ne relèvent en rien de leur administration, des solutions pour un système de santé qui, par le truchement de la pauvreté et des inégalités, semble produire désormais davantage de malades qu'il ne serait capable d'en soigner.

À ce sujet, la réforme de la santé et des services sociaux actuellement en cours, commença à exercer une véritable influence sur le système de soins, à partir de l'année 1994-95, soit l'année suivant celle où les CRSSS furent transmutés en régies régionales de la santé et des services sociaux. Au chapitre de *l'administration des services*, trois faits saillants ont marqué jusqu'à maintenant le cours des événements qui se sont déroulés depuis cette date. La *réduction très considérable des durées de séjour* des clientèles en milieu hospitalier, *l'introduction systématique de la chirurgie d'un jour* pour remédier à l'hospitalisation des clientèles, et *l'imputabilité des régies régionales en tant qu'organisme responsable* de l'exécution des directives gouvernementales devant les autorités parlementaires, gouvernementales et devant les populations régionales concernées.

Beaucoup moins apparent que ce *volet administratif*, c'est pourtant le *volet social* des résultats atteints jusqu'à maintenant qui réserve les constats les plus surprenants et les plus lourds de conséquences pour l'avenir du système de soins.

7.2. L'impact de la réforme de la santé sur la répartition générale de la maladie au Québec

Bien que l'expression de la maladie fut altérée de façon considérable en raison des contraintes budgétaires imposées et par les moyens mis en œuvre pour *limiter la demande de services*, la réforme de la santé n'a pas eu pour effet d'éradiquer les déterminants de la santé et de la maladie des populations. Elle n'a pas eu pour effet de modifier, de façon substantielle, le classement des régions selon leur niveau de richesse et de pauvreté. Logiquement, elle devrait n'avoir eu aucun effet sur la réduction de l'incidence de la maladie dans les populations.

Cette hypothèse est démontrée en comparant les degrés de corrélation obtenus, avant et après la réforme entre le taux d'admission hospitalière des populations régionales et leur taux d'inoccupation de 1987. Le tableau 10 reproduit les valeurs de ces corrélations, alors que le graphique 18 en illustre la distribution pour les années 1993 et 1996 – donc avant la réforme et après que celle-ci eut atteint son rythme de croisière. La pertinence d'utiliser le TI de 1987, de préférence à celui d'une année plus récente, a déjà été démontrée au point 1.5.

Ce résultat fondamental fait mentir les affirmations gratuites de ceux qui dans les administrations québécoises prétendent encore que « l'offre crée la demande de services » suggérant implicitement qu'on peut éradiquer l'expression de la maladie en supprimant simplement les services.

TABLEAU 10

VALEUR DES CORRÉLATIONS ENTRE LE TI (1987) ET LE TAUX D'ADMISSION HOSPITALIÈRE EN COURTE DURÉE* DES POPULATIONS RÉGIONALES AVANT ET APRÈS LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME

	LES ANNÉES	LES VALEURS DE CORRÉLATION
AVANT LA RÉFORME	1991-1992 1992-1993 1993-1994	85.5 % 90.5 % 92.3 %
APRÈS LA RÉFORME	1994-1995 1995-1996 1996-1997	89.8 % 92.3 % 90.6 %

* À l'exclusion de la chirurgie d'un jour.

GRAPHIQUE 18

7.3. L'impact de la réforme sur le vieillissement des clientèles

L'affirmation lancée joyeusement par les experts du régime « *La réalité on l'a pas regardée* », explique encore aujourd'hui l'écart entre le discours véhiculé par ceux-ci et les faits vérifiables dans la réalité. Ce procédé, qui consiste à affirmer péremptoirement et sans fondement, n'a pas été altérée par la réforme de la santé. Bien au contraire! Ainsi, l'un des arguments majeurs ayant présidé à la mise en place des changements qui bouleversent le système de soins, s'appuie sur le vieillissement de LA population (lire celle du Québec). Selon le discours officiel, le *vieillissement de LA population* impose au réseau de services de nouvelles manières de faire pour gérer la demande de services sans cesse croissante. **Or, cet argument a toujours été faux** et ce, conformément aux vérifications effectuées et aux démonstrations rapportées en première partie de l'ouvrage. En effet, si le vieillissement de la population imposait la contrainte qu'on prétend sur le réseau de services, on devrait observer que la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus *parmi la clientèle hospitalière en courte durée*, évoluerait *parallèlement* avec la proportion

de personnes âgées parmi la population globale. Or les faits de la réalité, rapportés au graphique 19, démontrent au contraire que la **clientèle hospitalière** vieillit **beaucoup plus rapidement** que la population en général.

GRAPHIQUE 19

Au Québec, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus parmi la population globale augmente en moyenne de 0.22 % par année depuis 1982 alors que depuis la même date, le pourcentage des personnes âgées parmi la clientèle hospitalière en courte durée – excluant les cas d'un jour – augmente de 0.85 % par année; *soit près de quatre fois plus rapidement que le vieillissement de LA population*. Ce fait, vérifié dans *toutes* les régions du Québec, démontre l'existence d'un autre facteur que le vieillissement des populations régionales pour expliquer cet écart entre le discours et la réalité. Cet autre facteur, qui sera identifié un peu plus loin, est mesurable en calculant simplement la différence entre la distribution qui décrit le rythme de vieillissement des clientèles et celle de la population. À titre illustratif, cette mesure est reproduite au tableau 11 pour le Québec dans son ensemble ainsi que pour une région particulière, la région de Montréal.

TABLEAU 11

DISTRIBUTION DE LA DIFFÉRENCE ENTRE LE POURCENTAGE DES 65 ANS ET PLUS PARMI LA CLIENTÈLE DES SOINS DE COURTE DURÉE PHYSIQUE, ET LE POURCENTAGE DES 65 ANS ET PLUS PARMI LA POPULATION TOTALE

ANNÉES	LE QUÉBEC	LA RÉGION DE MONTRÉAL (06)
1982	8.7	9.6
1983	9.5	10.9
1984	10.3	11.4
1985	11.3	12.8
1986	12.0	13.3
1987	12.7	14.1
1988	13.0	14.4
1989	12.9	14.0
1990	13.2	14.7
1991	13.9	15.7
1992	15.0	16.3
1993	16.2	17.8
1994	16.1	16.8
1995	17.5	19.2
1996	18.4	19.6

Dans ce tableau les différences exprimées mesurent en fait *la part du vieillissement des clientèles qui ne peut être attribuée au vieillissement des populations* concernées. On peut ainsi constater que la réforme n'a pas eu pour effet d'imprimer un changement de tendance en infléchissant de quelle que manière que ce soit l'influence de cet autre facteur significatif du vieillissement des clientèles. Un facteur qui était pourtant présent et actif bien avant la réforme du réseau de services!

7.4. L'impact social des coupures budgétaires sur le vieillissement de la clientèle des soins de courte durée

Comme on l'a vu au paragraphe précédent, c'est principalement l'argument fondé sur le vieillissement de LA population qu'on invoqua dans l'univers administratif, pour justifier de rationaliser les pratiques en vigueur dans le réseau de services. « Faire plus avec moins! » a constitué, jusqu'à maintenant, le maître mot auquel ont dû souscrire tous ceux qui œuvrent dans le réseau de services pour satisfaire à des critères de performance définis par ailleurs. Mais sur un autre registre et pour tous les citoyens, il est un secret de polichinelle que les compressions budgétaires imposées au réseau de la santé, s'inscrivent elles-mêmes dans un effort beaucoup plus vaste de rationalisation budgétaire, impliquant l'ensemble des dépenses de l'État. Or certaines régions plus que d'autres subirent les

effets de ces nouvelles orientations d'envergure nationale. En particulier celles où les ressources publiques en général avaient été *surconcentrées*, bien avant la réforme de la santé suite aux orientations centralisatrices des années '70 et suivantes; celles-ci ont été mises en évidence au chapitre cinq. Par voie de conséquence, ces régions se voyaient contraintes de porter la plus lourde part du fardeau des réformes budgétaires imposées de part et d'autre, par les deux paliers gouvernementaux; soit par le palier provincial et par le palier fédéral, dans les champs d'activités relevant de leur juridiction respective.

Deux régions en particulier furent ainsi ciblées par le destin. Celle de Montréal (06) et celle de l'Outaouais (07) principalement, et celle-ci en raison des compressions budgétaires imposées par le gouvernement fédéral à son administration publique. Or ces nouvelles orientations exercèrent dans ces régions un effet aussi considérable que soudain sur le déterminant de la santé des populations, soit leur niveau de non-emploi : on vit le taux d'inoccupation s'accroître en quelques années seulement à un niveau sans précédent depuis 1987. Simultanément, on y assista à une accélération spectaculaire du vieillissement de la clientèle des soins de courte durée démontrant ainsi que cet autre facteur de vieillissement des clientèles – indépendant du vieillissement des populations – *est bel et bien le niveau de pauvreté des populations* mesuré par leur niveau de non-emploi. Les faits illustrés aux graphiques 20 et 21 le démontrent. Ces graphiques décrivent l'évolution de la situation dans l'ensemble du Québec comparée à celle qui caractérise la région de Montréal sous cet aspect. Ils mettent en rapport la *distribution* du taux d'inoccupation et *l'évolution de la différence mesurée au tableau 11* entre le vieillissement de la clientèle et celui de la population appartenant à la collectivité considérée. La région de l'Outaouais présente le même profil déterministe que celui de Montréal; le phénomène y est plus accentué encore.

Les chiffres apparaissant dans chacun des deux graphiques correspondent à chacune des dix années comprises entre 1987 et 1996. Ainsi, on peut comparer la position de chaque point pour les années précédant la réforme du réseau de services, à ceux des années qui suivent le début de la réforme pour constater une première manifestation de l'impact des compressions budgétaires sur le système de soins : *l'accélération du* ***vieillissement des clientèles*** *comme conséquence de l'appauvrissement des populations*.

GRAPHIQUE 20

GRAPHIQUE 21

7.5. Des clientèles en attrition de services

De ces constats, il découle *nécessairement* que ce furent les clientèles âgées de **moins** de 65 ans qui absorbèrent la majeure partie de l'impact des nouvelles mesures visant à améliorer la performance du réseau de services. En effet, il est nécessaire qu'à ressources égales, la part de plus en plus grande des services de courte durée absorbée par les 65 ans et plus, soit compensée par une part de plus en plus faible des services destinés aux moins de 65 ans.

À ce sujet, on assista à compter de la réforme à une chute drastique du niveau de consommation hospitalière par les personnes âgées de moins de 65 ans, et ce, dans l'ensemble du réseau de soins de courte durée. Le graphique 22 illustre les péripéties de cette progression.

GRAPHIQUE 22

La mise en place des nouvelles pratiques, en particulier la chirurgie d'un jour, est responsable de l'écroulement de la consommation hospitalière chez la clientèle âgée de moins de 65 ans après 1994. Cette « compression » de la demande résulte des accommodements auxquels les réseaux hospitaliers ont dû se soumettre et soumettre leurs clients pour faire face au plafonnement et même à la diminution des crédits budgétaires consacrés aux hospitalisations de courte durée. Cependant aucune de ces mesures, visant à faire soigner plus de clients avec moins de ressources, n'a été accompagnée de dispositions visant, en parallèle, à diminuer dans les régions l'impact des déterminants sociaux qui créent la maladie. C'est ce qui explique d'ailleurs que les corrélations mesurant le rapport entre l'incidence de la consommation hospitalière régionale et les déterminants de la maladie – le taux d'inoccupation en particulier – *soient demeurées aussi élevées après la réforme de la santé qu'elles ne l'étaient avant*. Par contre, la persistance de ces corrélations fait deviner l'extrême tension qui caractérise actuellement le réseau de services. Une tension dont les symptômes les plus apparents correspondraient aux engorgements à répétition et généralisés dans les urgences hospitalières, à la difficulté de résorber les listes d'attente spécialement dans les domaines à haut risque; de façon concomitante, à l'épuisement du

personnel infirmier et médical, à l'ampleur des déficits budgétaires, etc. Cette tension serait générée par un accroissement de l'incidence de la maladie dans les populations pour une raison toute autre que le vieillissement des populations : pour cause d'appauvrissement des populations, accompagné simultanément d'une diminution de la capacité de soigner les malades. Pour atténuer cette tension, l'administration aurait engagé et épuisé toutes les réserves « d'énergie et de souplesse » relevant du système de soins en augmentant son rendement et sa performance, mettant ainsi à nu et en évidence les véritables paramètres de notre système de santé.

7.6. Bilan général

Les promoteurs de la Charte d'Ottawa avançait en 1986 que la promotion de la santé va bien au-delà des soins aux malades. Elle met en jeu notamment la mise en place de politiques publiques saines visant à réduire les inégalités sociales, de même que la création de milieux de vie favorables pour que les personnes puissent y vivre et s'y développer de façon harmonieuse. Cependant cette conception est toujours demeurée totalement étrangère à celle qui prévaut au Québec, où l'amélioration de la santé des populations est entièrement confondue, par énoncés idéologiques interposés, avec les pratiques d'un système de soins aux malades. *Au Québec, des pratiques administratives visant à la concentration des services gouvernementaux dans les métropoles et ayant eu pour effet de produire la désintégration des régions, sont toujours à l'œuvre depuis au moins trente ans. Parallèlement ont été développés des systèmes palliatifs – dont le système de soins – ayant pour fonction d'absorber les séquelles individualisées de ces pratiques administratives*.

Cette manière de faire a mené à la situation à laquelle nous sommes confrontés actuellement où les figures de rhétorique, les faux raisonnements, les décrets de réalité et les boutades ne peuvent plus contenir les manifestations de plus en plus évidentes d'une perte de contrôle généralisée sur le cours des événements.

Dans cette perspective, le nouveau langage de l'imputabilité reposera de moins en moins sur le rapport de subordination d'exécutants à l'endroit des pouvoirs devant lesquels ces exécutants auront des comptes à rendre. Il impliquera plutôt un rapport de *fatalité* devant l'impuissance : un rapport de subordination des pouvoirs à des faits de réalité découlant de processus inexorables et incontournables, mais incompatibles avec leurs fonctions et leurs rôles : des « non-choix » qui forceront à se plier à des situations de fait inédites. Celles-ci seront les conséquences de lointaines décisions arrêtées et programmées depuis très longtemps déjà et qu'on aura laissé courir sans se préoccuper des conséquences à long terme. Ce qui, il n'y a pas si longtemps pouvait être vu comme du long terme, frappe aujourd'hui à nos portes!

7.7. Notre système de soins a-t-il un avenir?

Ce paragraphe traite des grands paramètres que nous croyons nécessaire de considérer pour apporter une réponse à cette question.

La mesure des gains et des pertes

Depuis la mise en application de la réforme de la santé, la performance administrative est devenue le maître mot auquel ont dû prêter allégeance toutes les instances de l'administration du système de soins. Le « Faire plus avec moins » a entraîné la mise en place de nouvelles techniques d'intervention, la chirurgie d'un jour notamment, qui ont eu pour effet immédiat de reporter une partie du fardeau des hospitalisations sur les épaules des proches, des parents, des amis, des personnes malades, et des bénévoles. Un autre effet fut d'amplifier le niveau de non-emploi des populations régionales en raison des restrictions budgétaires qui orchestrèrent la mise en place de ces nouvelles techniques d'intervention. Les mises à la retraite anticipées, les fermetures de centres hospitaliers etc. découlant de ces restrictions budgétaires, ont amplifié les déterminants de la maladie des populations, dont l'un des effets mesurables fut l'accélération du vieillissement de la clientèle des soins de courte durée. De la sorte, il appert que la recherche de performance dans l'administration des soins fut l'instrument d'une diminution sensible de la performance du système de santé. Le « Faire plus avec moins » semble s'être soldé par une hausse de la production de la maladie – donc par une perte en matière de santé – concomitante à une hausse de la performance du système à dispenser des soins aux malades. Nous serions-nous appliqués à *faire plus* de malades *avec moins* de ressources pour les soigner?

Les gains furent-ils supérieurs aux pertes? Pour les administrateurs harnachés à cet univers par l'ensemble des lois et règlements qui encadrent leurs gestes, la question ne se pose guère. Elle se pose par contre pour les citoyens des populations régionales, pour qui il est plus important d'éviter la maladie que d'être bien au mal soigné le cas échéant.

Le rôle du pouvoir parallèle

La réforme du système de soins, amorcée au début des années 1990, a constitué une occasion privilégiée pour découvrir et connaître les rôles et les fonctions exercées par tous et chacun dans le déroulement des processus généraux qui animent le système de santé. Elle a permis d'apprécier le rendement de chaque instance impliquée. Les événements qui se sont succédés ont permis de mettre en évidence une hiérarchie du pouvoir subdivisée en trois strates. Au *bas de l'échelle*, on retrouve celle des exécutants tenus de souscrire aux directives de ceux qui occupent la seconde strate, constituée de l'ensemble des décideurs. Au sommet de cette hiérarchie, on retrouve le rôle prépondérant exercé par la strate des *conseillers*, dont les services sont requis pour dresser les inventaires, les *portraits de situations* assorties de recommandations appropriées, qui seront utilisées par les décideurs pour prendre des décisions; ou, aussi, pour fabriquer les discours qui servent à justifier les décisions arrêtées.

Cette strate de conseillers, provenant tant des milieux universitaires que de l'administration publique, n'a aucun compte à rendre devant les populations concernées, sur les décisions prises par les décideurs en lien avec la lecture de la réalité faite aux décideurs par ces mêmes conseillers. À ce sujet, trois caractéristiques fondamentales du discours public de ces conseillers transparaissent à travers les écrits récents qui ont modulé les décisions mettant en cause la santé des populations.

- La référence exclusive aux *expériences étrangères rapportées dans la littérature pour se prononcer sur la réalité québécoise*. Comme si les expériences réalisées en Angleterre constituaient l'instrument de référence indispensable pour connaître l'état de santé des Gaspésiens. Comme si les Anglais étaient les premiers et les seuls à s'être questionnés sur la problématique relative à la santé des populations!

- Une *plasticité du discours* telle que des vérités fondamentales, universellement reconnues et acceptées en 1991 à propos des déterminants de la santé des populations, pouvaient être niées sept ans plus tard au point de prétendre qu'elles n'auraient jamais existé; ceci, par les mêmes experts ou par d'autres experts appartenant à des cercles très voisins.

- Enfin, une remarquable assurance à *décréter d'office des réalités* fondées sur aucune vérification factuelle. Ainsi l'aveu selon lequel « *La réalité on l'a pas regardée* » à propos des critères avancés pour allouer les ressources aux régions, constitue une preuve et un aveu **d'imposture intellectuelle**. Mais une *imposture accréditée* : cautionnée par un groupe d'experts « indépendants » (celui de 1998) qui approuva une méthode d'allocation de ressources aux régions, préalablement synthétisée par ses propres concepteurs dans ces termes : « *la réalité on l'a pas regardée* ». Ce qui revient à avouer « *nous n'avons jamais fait l'effort de vérifier si les indicateurs que nous proposons pour répartir les ressources aux régions en fonction du niveau de besoin de leur population respective étaient ou non valides* ».

Les nouvelles technologies discursives et la gestion par slogans

Désormais la santé des populations, tout comme la gestion du système de soins, devraient se soumettre aux impératifs de conformité propres aux règles de la *comptabilité budgétaire*. Parallèlement, on vit apparaître un nouveau discours fabriqué sur mesure mettant à l'œuvre de nouvelles catégories d'experts pour justifier devant la galerie les décisions mettant en cause les soins aux malades de même que la santé des populations. Ces experts peuvent même exercer des fonctions dans des domaines totalement étrangers au sujet, mais, en raison de leur ignorance de ce même sujet, ils n'hésitent pas à cautionner des dénis de réalité sur la base d'opinions personnelles ou suggérées. En voici quelques échantillons :

- « **L'offre crée la demande** » : ceci revient logiquement à dire « *c'est la faute aux médecins si les gens réussissent à se faire passer pour malades. S'il y avait moins de médecins, d'hôpitaux ou d'infirmières, on aurait moins de malades, et les coûts de la*

santé seraient d'autant réduits! » Ou encore à dire que *l'ensemble* des médecins et des hôpitaux ne joue pas leur rôle d'arbitrage de l'hospitalisation.

- « **La thèse soutenue par la Régie-02 n'est supportée ni par la pratique, ni par la théorie économique** » : on pourrait traduire par « *La théorie économique n'a aucun concept pour décrire, mesurer et expliquer le principal déterminant de l'incidence de la maladie des populations soit le niveau de non-emploi. De plus cette théorie ne permet d'aucune manière de comprendre le rapport entre les conséquences sociales et sanitaires vécues actuellement par les populations régionales contemporaines, et les recommandations suivies de décisions politiques arrêtées et mises en œuvre voilà plus de trente ans, par d'autres économistes ayant atteint aujourd'hui l'âge de la retraite* ».

  De plus, plusieurs théoriciens contemporains de l'économie québécoise semblent n'en avoir conservé aucun souvenir! Aucun souvenir ou conscience des règles et des pratiques budgétaires mises en œuvre pour assurer le suivi de ces décisions initiales, pourtant validées publiquement en 1986 par ceux-là même qui les ont prises à la toute fin des années 1960. On n'aurait gardé aucun souvenir qu'à l'époque, le développement économique des régions du Québec était presque entièrement dominé par la concentration dans les grands centres urbains, des services gouvernementaux financés par les fonds publics. On ne se souvient plus aujourd'hui, semble-t-il, des théories économiques-maison élaborées à partir de celle de l'économiste français François Péroux, qui guidèrent la politique économique de l'État vers le développement de ce qu'on appelait à l'époque *les pôles d'attraction* et *les pôles de croissance*.

  Sans ces références au passé, comment les contemporains peuvent-ils réaliser que le développement du système de soins dans ces pôles d'attraction fut et demeure encore la cheville ouvrière de cette orientation qui persiste toujours, malgré les changements du discours?

- « **La santé ne crée pas d'emploi** » : on peut traduire par « *les emplois occupés en santé ne sont pas de vrais emplois parce que ceux-ci n'ont jamais été créés* ». Gageons qu'ils seront à nouveau considérés comme de vrais emplois à partir du moment où la santé relèvera du secteur privé, plutôt que du secteur public!

D'autres inepties de calibre comparable pourraient faire la file pour être commentées comme celle invoquant les effets à court terme seulement, des dépenses publiques dans les régions. Comme si la répartition récurrente de la **moitié** du Produit Intérieur Brut pendant des décennies n'avait que des effets à court terme! L'expérience des trente dernières années démontre précisément le contraire : la concentration géographique des dépenses publiques a structuré le processus de la désintégration des régions. Q*uant aux effets de cette situation à long terme : quand on est mort, en général, c'est pour longtemps*!

Le classement des régions selon leur niveau de besoin et leur niveau de ressources

Les technologies discursives mises au point pour neutraliser les contestations appuyées sur des constatations, n'ont pas le pouvoir d'éradiquer les faits de la réalité générée par l'appauvrissement des populations et leur mobilité géographique. Or ces effets portent à conséquence pour l'avenir du système de soins. À cet égard, trois catégories de régions subdivisent actuellement le Québec : en premier lieu les régions qui disposent encore sur leur territoire, de suffisamment de ressources pour subvenir aux besoins de la population qu'elles regroupent respectivement (ex. : Québec et Montréal); en second lieu, les régions qui ne disposent pas sur leur territoire de suffisamment de ressources pour subvenir aux besoins de leur population, malgré le fait que leur niveau de besoin soit *encore* plus faible que celui des autres régions (ex. : Laval et Lanaudière)[63]; enfin les régions occupées par des populations dont le niveau de besoin est supérieur, et même nettement supérieur au niveau de ressources dont elles disposent sur leur territoire respectif (ex. : les régions dites « périphériques »). Or les tensions qui se font jour actuellement pour l'accès aux ressources, **opposent les régions qui n'ont pas suffisamment de ressources à celles qui ont trop de besoins**.

À ce propos, les tendances démographiques déjà bien imprimées entre 1971 et 1986 annonçaient déjà au début des années '90, que les régions de banlieue situées autour de Montréal se verraient bientôt en pénurie de ressources pour faire face aux besoins de leur population respective. En effet ce sont ces régions qui bénéficient, hier comme aujourd'hui, de l'immigration massive engendrée de l'exode des jeunes hors des régions « périphériques » du Québec. Les pénuries de ressources dans ces régions de ceinture ne sont en réalité que les conséquences du processus de centralisation initié au début des années '70 et entretenu jusqu'à ce jour. Par contre, le niveau de besoin qui sévit dans ces régions est loin d'égaler celui qui prévaut dans les régions périphériques; un niveau de besoin créé et entretenu lui aussi par le même processus de centralisation des ressources de l'État dans la région de Montréal.

Dans ce contexte, la tension objective qui se dessine entre ces deux groupes de régions met en évidence la volonté de ces régions de la ceinture de Montréal, de combler leur pénurie de ressources en récupérant celles qui sont encore disponibles dans les régions les plus en besoin. Or dans ce débat, ce sont les conseillers du gouvernement qui se chargent, en plus des arbitrages, de préparer les décisions à faire endosser par les décideurs. La taille des populations sans égard au niveau de besoin, constitue le nouveau prétexte, le critère, pour répartir les ressources entre les régions.[64]

---

[63] Le manque de ressources de ces régions découle, en partie, des *accroissements démographiques* qu'on a entretenus depuis trente ans dans ces régions par le truchement de la concentration des dépenses publiques dans les métropoles. Ironie du sort, une forte proportion des emplois occupés dans les aires de concentration de ressources publiques le sont justement par les citoyennes et citoyens de ces régions de banlieues dont le territoire manque de ressources mais qui tirent une part appréciable de leur prospérité et de leur revenu des transferts fiscaux concentrés dans l'aire métropolitaine.

[64] Voir, entre autres, le rapport du comité d'experts de 1998, de même que les décisions en découlant.

Toute cette problématique avait pourtant été prévue dans un ouvrage publié au début des années '90, portant sur la désintégration des régions du Québec.[65]

« De cadeau de Grec en cadeaux de Grecs

Un peu de prospective! Si l'on prend en considération les séquelles de l'immense "banlieusement" démographique qu'a subie le Québec depuis 1970, on constate que le Grand-Montréal est en passe de devenir, grâce à nous, le Québec de demain; et que dans le contexte administratif qui prévaut actuellement c'est encore nous qu'on sollicitera pour payer la note, ou mieux, à qui on fera payer la note sans sollicitation…

…Même si aujourd'hui le Grand-Montréal est en équilibre de ressources comparativement aux autres régions du Québec, pour assumer les besoins de sa population âgée, cet équilibre est à la veille de se rompre. »

Côté, C., 1991, p. 155-156.

L'imputabilité de cette situation ne relève ni des régies régionales, ni des praticiens de la santé, ni des administrations hospitalières. Elle relève des gestes posés par ceux et celles qui, depuis les débuts de la *révolution tranquille*, ont exercé un contrôle sur le seul *levier* qui module tout à la fois les mouvements migratoires et la production de la maladie, *l'emploi*, tout en négligeant de regarder la réalité en évolution.

7.8. La rançon de la performance

Il apparaît désormais très peu probable, voire impossible, qu'un équilibre puisse être atteint dans des délais raisonnables entre le niveau de besoin des populations et le niveau de ressources disponibles sur leur territoire. À ressource globale limitée et dans un contexte où le niveau de besoin est croissant, il n'y a d'autre choix que de sacrifier la qualité des services pour pouvoir absorber la charge d'une plus grande quantité de clientèles à desservir.

À ce sujet le développement de la chirurgie d'un jour évoluant de façon concomitante avec l'accélération du vieillissement de la clientèle, puis avec la chute de la consommation hospitalière chez les personnes de moins de 65 ans, constitue déjà la manifestation plus évidente des résultats obtenus en très peu de temps par le système de soins pour s'adapter à une situation de contrainte à la fois, budgétaire et sociale, désormais incontournable. Les crises répétées dans les urgences, les manifestations d'essoufflement des soignants, de même que la production de déficits budgétaires à répétition dans les hôpitaux constituent autant de symptômes extérieurs de cette tension qui existe. Mais que se passerait-il dans le contexte où les déterminants sociaux de la maladie devaient augmenter, encore et encore, ajoutant ainsi à la tension sur le système? Cette éventualité apparaît désormais plausible dans la conjoncture extérieure imposée par la mondialisation

[65] Côté, C. « Désintégration des régions, le sous-développement durable au Québec », éd. JCL, 1991.

des marchés, conjugué à la restriction des dépenses publiques. Immanquablement, notre système de soins évoluerait vers un seuil où le contingentement des clientèles apparaîtra comme une mesure de nécessité; un seuil au-delà duquel des personnes suffisamment malades pour être opérées ou pour être hospitalisées à brève échéance ne pourraient plus l'être, faute de ressources disponibles; un seuil au-delà duquel il faudrait accélérer le roulement des clientèles dans les lits occupés de plus en plus par des vieillards, et donc par des personnes de sexe féminin; un seuil au-delà duquel il deviendrait nécessaire de limiter les taux de réhospitalisation; un seuil au-delà duquel les **exigences** professionnelles légitimes des soignants ne pourraient plus être rencontrées.

Dans cette perspective « *jeter le bébé avec l'eau du bain* » pourrait-il devenir la prochaine manifestation de cette pratique détestable de la « *pureté par la stérilisation* » qui, au-delà des générations successives, perdure encore chez nous en ces derniers jours du second millénaire? Ultimement la mort non nécessaire des malades devient une alternative lorsqu'on s'applique avec constance à ne suivre aucun des conseils que dicte la réalité. S'il est loisible aux individus, même conseillers, de ne pas la regarder, la réalité, elle, *regarde tout le monde*.

7.9. Réflexion sur l'avenir

Où cette situation nous conduit-elle? Le nouveau contexte décrit au chapitre précédent pourrait imposer la formulation d'un nouvel euphémisme pour couvrir une autre étape de la stérilisation de notre société. Un *choix de société* ayant pour objet, soit de se départir du système public de soins, soit de le conserver. La première de ces deux options impliquerait la privatisation du système de soins. Dans ce cas, les soins aux malades seraient désormais financés par les cotisations des personnes à des régimes d'assurance privés. Or, dans le contexte où la pauvreté des populations constitue le déterminant de leur niveau de morbidité, et où le montant des primes est fixé par les compagnies d'assurance proportionnellement à l'ampleur du risque encouru, *il appert ainsi que le risque de devenir malade serait inversement proportionnel à la capacité de payer une prime d'assurance*. Ainsi *le risque de mourir sans soins atteindrait les populations régionales de façon sélective et proportionnelle à leur niveau de besoins*. De surcroît, cette alternative aurait pour effet d'interrompre les transferts fiscaux du gouvernement fédéral au Québec pour le partage des coûts de la santé, amplifiant par le fait même les écarts interprovinciaux du niveau de non-emploi, mesurables par le taux d'inoccupation.

La seconde option, conserver un système public de soins, impose par nécessité d'abréger les souffrances de ceux et celles qui ne pourront plus être soignés, ou de les abandonner à leur sort. Ce jour là, la légalisation de pratiques telles *l'euthanasie* et le *suicide assisté* pourrait apparaître comme une alternative *sociale envisageable*; une alternative destinée principalement à ceux qui seront demeurés dans les régions les plus en besoin pour occuper ces parties du territoire québécois.

Recherche de sens

Pour Durkheim (1898), la croissance du taux de suicide dans une société – telle la nôtre – était une manifestation de la désintégration de cette société. Cette interprétation est encore d'actualité aujourd'hui. Or le parallèle rapporté au début de la seconde partie et mis en évidence par *Symes* entre le *suicide* et les *déterminants sociaux de la maladie* pourrait, dans les faits, coïncider avec une réalité qui aille bien au-delà des considérations d'ordre sanitaire. Si par exemple une éventuelle légalisation de l'euthanasie avec consentement des sujets pouvait être comprise comme le nouveau visage du suicide; comme la manifestation sanitaire de la désintégration de notre société et, par voie de conséquence, de celle de notre système de soins; tout comme l'exode des jeunes sans remplacement en constitue une autre manifestation au plan démographique.

Ces manifestations et ces effets semblent tous avoir pour origine, une cause commune et unique : celle qui consiste à priver les collectivités humaines du premier préalable à la survie de ceux et celles qui appartiennent au genre humain : **le travail**. Tel est selon nous le sens de ces manifestations exprimées dans le nouveau langage de l'imputabilité. Un langage qui articule des faits de la réalité mais qui ne coïncide pas avec le discours académique d'experts en service commandé, un discours qui fait de l'efficacité par la mécanisation et de l'usage des nouvelles technologies *une vertu*, même s'il faut, pour cela, priver des collectivités entières de ce qui est nécessaire à leur survie. Il s'agit là d'un point de vue qui met en opposition systématique les intérêts vitaux des collectivités et des citoyens, et ceux des organisations. La recherche du rendement d'autrui et de l'efficacité à outrance ne doit pas se faire au prix de la vie des hommes et des femmes, alors que cette pratique administrative exagérée, qui a cours au Québec depuis une trentaine d'années, a déjà produit suffisamment d'effets pervers, pour qu'il soit justifié de la dénoncer vigoureusement, s'il n'est pas trop tard…

À l'échelle historique, il ne faut pas négliger le fait que le « rendement » des sociétés *prises globalement*, est un concept mesurable. Cette mesure se situe toujours quelque part entre deux polarités : l'anéantissement et la pérennité des sociétés. Le sort de celles-ci est confié à des organisations mandatées, par des mandataires, ici, des citoyens. Ceux qui, dans le domaine dont traite cet ouvrage, se prononcent au nom de la science sans avoir fait l'effort de regarder la réalité participent à un mensonge : un mensonge qui consiste à taire la réalité avec l'intention de tromper, en entretenant la confusion entre l'essentiel et l'accessoire.

Conclusion

Retour à la tdm.

8. CONCLUSION

Retour à la tdm.

L'ouvrage qu'a parcouru le lecteur traite trois ordres de préoccupation. Le *premier* a trait à la compréhension des phénomènes réels qui *causent* la maladie dans les populations régionales du Québec. Sachant, dès le départ, qu'aucune exploitation systématique n'avait été faite de l'extraordinaire matériau disponible sur la morbidité d'une société entière dotée de l'universalité des services, en l'occurrence le Québec, il s'imposait de réaliser *l'examen des faits de la réalité* prioritairement à l'examen de la littérature sur la santé de sociétés étrangères. Agissant de la sorte, il était aussi plus facile d'éviter de prendre pour du comptant « la science préfabriquée »[66] sur le sujet : cela impliquait donc que soient mises à profit les capacités de raisonner, les talents et les compétences acquises en divers domaines, les nôtres et ceux des personnes nous ayant apporté leur lumière dans cette quête. Un soin extrême a aussi été apporté pour mettre à profit l'arsenal des méthodes statistiques *pertinentes* pour vérifier la robustesse des constats, pour pousser plus avant la compréhension du *système social* et celle des rapports qu'entretiennent les déterminants sociaux et la morbidité avec le comportement d'ensemble de l'appareil de services.

Nous avons, à terme, la conviction que l'ouvrage donne accès à des connaissances *fondamentales neuves* et *vraies* sur plusieurs dimensions :

- La vérification approfondie de la *relation causale* entre le *niveau de non-emploi* et le *niveau de pauvreté* des populations.

- La vérification approfondie de la *relation causale* entre **ces** *déterminants sociaux* et la *morbidité*, à une échelle de temps et d'espace dont on cherchera, probablement en vain, des équivalents ailleurs.

- L'identification de *caractéristiques distinguant* l'expression de la morbidité des populations de celle de la maladie des individus : niveau de prévalence et d'incidence caractéristique, dans une même population, pour l'ensemble des maladies multifactorielles; effet simultané des déterminants sur l'ensemble des groupes d'âge.

- Une démonstration fondée complètement sur les *données de la réalité* sous étude.

- Une vérification des relations constatées, de leur nature causale et de leur explication théorique, couplée à une validation mathématique pertinente aux relations causales.

[66] Ici comme ailleurs ces idées sont foison : celle, par exemple, énoncée dans certains manuels de référence laissant penser que les données de l'hospitalisation ne peuvent être exploitées qu'à des fins à l'avance délimitées par leur provenance administrative; celle aussi voulant que des indices construits sur la mortalité s'avèrent, a priori, les meilleurs indicateurs de santé dans des sociétés où existent des régimes de services universels pouvant justement avoir pour effet d'affecter la signification de la donnée de mortalité.

- L'exploitation originale de la méthode de *l'analyse de sentier* pour approfondir la connaissance des rapports entre les déterminants sociaux et le comportement du système de services.

- La mesure de *l'impact réel de la structure d'âge* comme déterminant éventuel de la morbidité et comme déterminant de la consommation.

- La mesure du *poids relatif* des déterminants sociaux et des facteurs liés à l'organisation du système de soins dans l'explication des écarts de consommation de services entre les populations régionales.

- Une confirmation, par la démarche scientifique, de la justesse d'une perception universelle du « sens commun » à l'effet que la pauvreté est, à l'échelle des populations, la cause principale de la maladie.

- Une mesure originale et performante, le TI, qui rend compte des déterminants objectifs de la santé et de la maladie à l'échelle des populations.

Telle est la prétention scientifique qu'étaye la démonstration fournie dans la première partie de l'ouvrage.

Un *deuxième* ordre de préoccupation est abordé dans l'ouvrage : il consiste, une fois énoncé notre compréhension des faits de la réalité, à vérifier ce que recèle la *littérature internationale et québécoise* sur le sujet. La littérature internationale de fort calibre regorge *d'arguments,* de *démonstrations partielles* ou *d'intuitions* fondées sur l'expérience et allant dans le sens de ce que nous avons constaté dans les faits de population du Québec. Nulle part, par contre, n'avons-nous trouvé de démonstration traitant d'un seul tenant tous les faits pertinents d'une société. Néanmoins, nous avons aussi vu dans la littérature scientifique internationale des réflexions sérieuses et approfondies (Symes, 1986) qui allaient jusqu'à poser la morbidité comme un *fait social éventuellement vérifiable* : ce que démontrent nos travaux[67]. Les résultats de notre étude, loin de se situer en rade du discours international sur le sujet, lui offre plutôt un fondement assis sur une vérification scientifique exhaustive.

Quant à la littérature québécoise sur le sujet, force est de constater qu'au fur et à mesure que deviennent disponibles les résultats de *travaux de vérification* sur ce qui se passe dans la réalité des populations du Québec, le discours régresse… Ainsi, des scientifiques qui reconnaissaient, en 1991, que le lien entre la pauvreté et la maladie était à ce point avéré, qu'il fallait passer aux actes et aux décisions, ne semblent aujourd'hui sûrs que d'une seule chose : « *La thèse du TI est suspecte* ». L'évolution récente de cette littérature rend un certain nombre d'affirmations légitimes :

[67] Par ailleurs, dans les domaines traitant *spécifiquement* des déterminants *objectifs* de la santé et de la maladie à l'échelle des populations, la littérature internationale confirme que les mesures couramment utilisées pour rendre compte de l'état du marché du travail – le taux de chômage notamment – n'ont aucune pertinence pour décrire ce que plusieurs prétendent qu'elles décrivent, en particulier le niveau de sous-emploi des populations (Généreux, 1997), contrairement au TI.

- Les épisodes du débat sur la *mesure du besoin des populations* – que nous avons eu le privilège d'observer – n'ont débouché sur aucune appréciation scientifique valable ou digne de ce nom. Le dernier épisode (juin 1998) est un modèle du genre : un jugement péremptoire signé par de gros noms : sans indication qu'on ait compris le mandat, analysé le résultat soumis[68] et démontré le caractère fondé de la critique et du jugement porté. C'était, au mieux, un *simulacre* d'expertise, sur un sujet qui met en cause *l'avenir* et la *santé* des populations régionales qui forment le Québec.

- Dans la mesure où on confond peut-être au Québec la *crédibilité scientifique* et la *notoriété*[69] *académique*, on peut se permettre de placer des affirmations et des opinions déguisées en jugements *au-dessus des exigences de la preuve scientifique*. Ainsi, les jugements d'allure et les opinions prononcés ex cathedra par quelques bonzes sur ces matières méritent d'être questionnés *également*. Qu'ont-ils trouvé, au *juste*? Qu'ont-ils prouvé, au *juste*? Qu'ont-ils vérifié et démontré eux-mêmes sur ces matières? Les règles de la réfutation scientifique sont celles de la science et non celle de la manipulation et du pouvoir. Quant aux tiers qui, souvent, se sentent prisonniers des experts dans tel débat, il importe simplement qu'ils maintiennent, à l'endroit de *tous, la même distance critique* et qu'ils préservent *leur droit de raisonner et de questionner* sur des matières vitales. Ultimement d'ailleurs, ce ne sont jamais les experts qu'on met en devoir de décider.

- On pourrait présumer qu'un résultat majeur et fondé de la recherche sociale puisse se poser comme incontournable pour ceux qui ont pour mandat de décider de la répartition de la richesse collective afin de répondre, avec équité, aux besoins des populations qui les élisent. Dans ce contexte, le pire des *scénarios d'appréciation* des résultats de la recherche sociale ne consiste-t-il pas à choisir comme arbitres des *conseillers notoires* provenant de certaines populations seulement et, plus encore, à reconnaître à ces conseillers le privilège de n'être pas eux-mêmes soumis au processus de la preuve scientifique. Ce procédé est porteur d'énormes risques car il met en jeu l'avenir de l'ensemble social, par le truchement des dizaines de milliards de dollars répartis année après année entre les populations. Si on demandait par exemple aux membres du dernier groupe d'experts si le fruit de leur recommandation avantageait effectivement leur région de provenance, les membres québécois de ce groupe auraient probablement dû répondre « oui ». Sans égard à quelque jugement que ce soit sur l'intention, il y a là tous les ingrédients d'un processus peu crédible et démocratiquement malsain, parce que fondé sur des règles de notoriété et non de démonstration.

En revue du second ordre de préoccupation traité dans l'ouvrage, il est possible d'affirmer que le résultat de notre étude des faits vérifiables au Québec est cohérent avec

---

[68] La première partie de l'ouvrage reproduit d'ailleurs textuellement (incluant les coquilles) le document soumis à l'expertise de juin 1998.

[69] La notoriété réfère au fait d'être connu d'une manière certaine et générale, ce qui en fait davantage une caractéristique des personnes. La crédibilité réfère au fait qu'une *chose* mérite d'être crue, ce qui renvoie à une caractéristique des contenus.

la littérature internationale sur le sujet : il corrobore même celle-ci sur bien des points. Quant à la littérature québécoise récente, il faut bien reconnaître que certains conseillers refusent la « thèse » de la Régie régionale, cependant qu'**aucun argument scientifique valable ne nous a encore été soumis qui justifierait de revoir, en tout ou en partie, nos résultats d'études**.

La *troisième* préoccupation abordée en fin d'ouvrage touche l'appréciation du chemin parcouru depuis la Réforme en regard *du mouvement des déterminants sociaux* de la maladie. Sont aussi explorées les issues probables, sinon inexorables, qui nous attendent si le Québec s'avisait de maintenir le cap – qui prévaut depuis quelques décennies – à l'égard des paramètres fondamentaux de notre système social : le maintien des disparités récurrentes et systématiques de la disponibilité d'emplois, que mesure le taux d'inoccupation, a tracé la voie à des conséquences majeures qualifiables et quantifiables par l'exode démographique, par la pauvreté endémique, par les niveaux de morbidité élevés dans plusieurs populations, toujours les mêmes.

Malgré tous les optimismes d'office ou de rigueur, l'acharnement à maintenir, sous diverses formes, *le même cap* et le refus de considérer ce que révèle cette étude et l'évidence palpable mènent à des non-choix. Le cas échéant, nous ferons face à des situations où aucun discours ne pourra colmater les brèches que nous aurons, comme collectivité québécoise, laissés disloquer notre réalité sociale. Les risques qu'encoure une société qui présume que son système de soins pourra continuer à lui tenir lieu de système de santé[70], sont énormes. Le maintien des rigidités actuelles aura pour effet :

- D'accroître les tensions objectives entre des populations *à forte progression démographique* se croyant, sur cette base, légitimées d'exiger plus de ressources et d'autres populations, *en perte démographique celles-là*, dont les besoins exacerbés ne sont pas étrangers à la carence chronique de ressources que mesure directement leur manque d'emploi.

- D'épuiser les marges de manœuvres dont disposait notre société pour faire face à la maladie. En effet, la pression de la morbidité sur un système de soins, de plus en plus à l'étroit dans ses ressources, contraint à des choix qui n'en ont que l'apparence : notamment, celui de céder de plus en plus de place à une privatisation du système de services.

- Dans un système plus privé, ce sont, a priori, les populations davantage pauvres et malades qui sont nécessairement les moins capables de s'offrir la capacité de faire face à la maladie.

- Autre non-choix : après avoir exploité au mieux les recours technologiques qui rendent possible la non-hospitalisation des personnes moins âgées et après avoir également tiré le maximum des proches qui sont mis à contribution par les nouvelles façons de faire, il est fort à craindre que l'alourdissement de la morbidité et l'impossibilité d'y faire face aboutissent à la fabrication d'un discours nouveau ayant

[70] Référant ici à une prise de décision sociale vouée à *éviter* la maladie plutôt qu'à simplement la *soigner*.

pour objet de rendre « normales » et socialement acceptables des pratiques qui, quelques années auparavant, auraient scandalisé les moins sensibles.

En fonction des relations élucidées dans cet ouvrage, les déterminants qui engendrent la morbidité sont aussi ceux qui, par nature, limitent la capacité de contribuer à la production de la richesse, de participer solidairement au progrès de la société. Le mot clé qui se pose dès lors, c'est le mot « travail » : comme nécessité vitale des sociétés, comme nécessité vitale des individus et des groupes qui forment une société[71]. Et il faut bien reconnaître que la carence de ce que recouvre ce maître-mot est le premier des maux auquel notre société doit s'attaquer si notre compassion pour les malades, pour les déracinés, pour les désespérés est autre chose qu'une attitude de convenance à l'égard d'une matière première pour des services – qui eux ont le mérite de procurer *travail, revenu, aisance et santé à ceux qui les dispensent*.

Ce que les travaux de la Régie démontrent est en fait très simple : au Québec, l'accès de tous (universel) aux **soins** de santé a globalement été assuré; l'accès universel à la **santé**, lui, ne l'a pas été et ne l'est pas encore. Ce défaut d'assurer une égalité des chances face au risque de devenir malade est aujourd'hui devenu une menace lourde sur notre capacité collective de maintenir l'accès à des soins universels pour tous.

[71] Aujourd'hui en 1999, l'emprise des experts et des administrations sur les experts est telle qu'il suffit de qualifier le TI d'indicateur socio-économique pour penser le disqualifier comme mesure pertinente de l'état de santé ou comme mesure de la pauvreté des populations. En d'autres temps, des personnes notoires rédigeant des textes crédibles écrivaient « Pour satisfaire les besoins humains, il faut des *richesses*… Pour se procurer les richesses nécessaires à ses besoins, il faut les produire. Or le *principe actif de la production des richesses, c'est le travail*, loi de l'homme, loi du progrès sous toutes ses formes ». (Esdras Minville. Les éléments de base. Notes pour un enseignement secondaire et collégial de l'économie dans *L'enseignement secondaire*, mars-mai 1944). M. Minville a, entre autres choses, dirigé pendant 25 ans l'École des Hautes Études Commerciales (HEC); il a été doyen de la Faculté des sciences sociales de l'Université de Montréal.

BIBLIOGRAPHIE

Retour à la tdm.

AKYEAMPONG, E.B., « Une autre mesure de l'emploi », dans *l'Emploi et le revenu en perspective, Statistique Canada*, vol. 8, no 4, 1996, pp. 9-15.

BARBEAU, Victor « M*esure de notre taille* » Imprimé au Devoir, Montréal, 1936, 243 p.

BARRIAULT, C. *Portrait de santé de la région 01 (5 volumes)*, DSC de l'Hôtel-Dieu de Gaspé, Gaspé, 1984, p.

BEAUPRÉ, M. ET AL. *Les soins hospitaliers de courte durée au Québec*, MSSS, Québec, 1995, 159 p.

BERNIER, Yvon, « *Les lois du marché défavorisent le Québec »*, Journal Le Quotidien, Chicoutimi, le 6 avril 1998, (entrevue avec le professeur Michel Chossudovsky de l'Université d'Ottawa, et collaborateur au Journal Le Monde Diplomatique).

BOUCHARD, G. dans *Bioéthique et génétique – Une réflexion collective*, Éditions JCL, 1994, 150 p.

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, « *Perspectives démographiques du Québec et de ses régions*, 1986-2046 », Gouvernement du Québec, 1990, 397 p.

CASSEL, J. « *The contribution of social environment in host resistance* », A.J. Epidemiol, 104, 1976, p. 107-123.

CASTONGUAY, Claude et al.,« *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social »*, vol. III, tomes 1 et 2, Québec 1971.

CHARTE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ, Santé et bien-être Canada et Association canadienne de santé publique, novembre 1986.

CHEVALIER, S. ET AL. *Indicateurs sociosanitaires – Définitions et interprétations*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 1995, 229 p.

CHIANG, A. C., *Fundamental methods of mathematical economics*, Mc Graw-Hill, New-York, 1967, 689 p.

CHOSSUDOVSKY, Michel, dans « *L'État aux orties »* (collectif sous la direction de Sylvie Paquerot), Les éditions écosociété, Montréal, 1996, 282 p.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, *Mémoire à la Commission d'étude sur l'avenir des municipalités*, Québec, 1986, 16 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P., et TROTTIER L. H., *Rapport du comité d'experts sur l'allocation interrégionale des ressources*, Québec, 1995 (Audiences tenues à l'Hôtel Château Bonne-Entente – Québec, du 9 au 12 octobre 1995), 32 p.

CÔTÉ, C. « *Autopsie du rapport du FRSQ* », a/s RRSSS-02, octobre 1998.

CÔTÉ, C., « *Évaluation des politiques et des programmes du MAS – constats généraux, document no 6* », MAS, décembre 1980, 25 p.

CÔTÉ, C. *La répartition des ressources sociosanitaires : impact sur les variables sociosanitaires et sur la migration*, Ministère des Affaires sociales, 1982, 53 p.

CÔTÉ, C. *Désintégration des régions – Le sous-développement durable au Québec*, Editions JCL, Chicoutimi, 1991, 261 p.

CÔTÉ, C. *Rapport sur l'élaboration d'un système d'information d'aide à la décision (SANS NOM*) – document de travail – 1992, CRSSS-02, 35 p.

CÔTÉ, C. *Simulation d'une compression théorique de $100 millions entre les régions sociosanitaires du Québec*, RRSSS-02, Chicoutimi, 1994a, 47 p.

CÔTÉ, C. *Validation de la relation entre le niveau de dépenses en santé physique et les balances commerciales à l'échelle intra-régionale*, RRSSS-02, Chicoutimi, 1994b, 16 p., annexes.

CÔTÉ, C., BARRIAULT, C. *Les disparités entre les populations en besoin et la répartition géographique des ressources disponibles*. Annexe thématique au Rapport de la Commission Rochon, Gouvernement du Québec, Québec, 1988, p.

CÔTÉ, C., BOUDREAULT, M., LAROUCHE, D. *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*, Québec, RRSSS-02, Chicoutimi, 1995, 34 p.

CÔTÉ, C., LAROUCHE, D., BOUDREAULT, M., « *La mesure de la pauvreté : le taux d'inoccupation vs l'incidence de faible revenu »*, RRSSS-02, Chicoutimi, 1996, 16 p.

CÔTÉ, C., LAROUCHE, D., BOUDREAULT, M., SAVARD, H. *Présentation de la Régie régionale 02 au comité MSSS-Régie sur l'allocation des ressources*, RRSSS-02, Chicoutimi, 1996b, 36 p.

CÔTÉ, C., LAROUCHE, D., MARTIN, D. *Fondements et principes de la répartition des fonds publics entre les collectivités : le cas des dépenses en santé et services sociaux*, RRSSS-02, 1994, 11 p.

CÔTÉ, C., LAROUCHE, D., SAVARD, H. *Le niveau d'emploi, la consommation de services et l'état de santé des populations – Résumé de quelques constats de recherche*, RRSSS-02, 1996, 22 p.

CÔTÉ, C., LAROUCHE, D., SAVARD, H. *La consommation des services de santé et le sous-développement économique régional : sommaire des résultats*, RRSSS-02, Chicoutimi, 1997, 7 p.

CÔTÉ, Ronald, « *Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale », 1982-83 à 1991-92, MSSS, 1993, 70 p.*

DESBIENS, J.P. « *Les insolences du frère Untel* », Les Éditions de l'homme, Montréal, 1960, 154 p.

DURKHEIM, Émile « *Le suicide* » PUF, 26e éd., 1960.

GÉNÉREUX, Jacques « *Introduction à la politique économique »*, Éditions du Seuil, 1997, 374 p.

GROULX, Lionel, « *Mes mémoires* » tome IV, Fides, Montréal, 1974, 459 p.

HIGGINS, B., MARTIN, F., RAYNAULD, A., « *Les orientations du développement économique régional dans la province de Québec »*, Rapport soumis au Ministère de l'Expansion Économique Régional (MEER), Ottawa, 1970, 156 p. et appendices.

HOOVER, E. M. *An introduction to regional economics*, A. Knopf, New-York, 1971, 395 p.

INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RECHERCHE SUR LA CULTURE (IQRC), « *Traité des problèmes sociaux »,* Québec, 1994, 1164 p.

KERLINGER, F. N., PEDHARZUR, R. *Multiple regression in behavioral research*, Holt, Rinehart and Windsor, New-York, 1973, 534 p.

KMENTA, J. *Elements of econometrics*, Macmillan, New-York, 1971, 655 p.

LAROUCHE, D. « *L'avis scientifique du FRSQ sur deux méthodes d'allocation passe-t-il la rampe?* », RRSSS-02, septembre 1998.

LAROUCHE, D. *La base de la répartition des ressources dans le domaine de la santé et des services sociaux*, RRSSS-02, Chicoutimi, 1994, 14 p.

LAROUCHE, D. *L'allocation des ressources de santé et de services sociaux : l'utilisation du taux d'inoccupation*, RRSSS-02, Chicoutimi, 1995, 27 p.

LÉVESQUE, R. et al. « *La solution* », Éditions du jour, 1970, 125 p.

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, chap. S-4.2, 1er mars 1993.

MATHEWS, Georges, « *L'avenir démographique des régions : analyse critique et implications des plus récentes perspectives démographiques du BSQ »* dans Recherches sociographiques, vol. XXXVII, no 3, 1996, p. 411-437.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX *Répartition interrégionale d'une compression théorique de $100 millions dans le secteur de la santé et des services sociaux*, Québec, 1993, 135 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), Communiqué intitulé « *Investissement majeur de 385M $ sur trois ans pour des services directs à la population* », 4 juin 1998.

MORISSETTE, D. et al. « *Le suicide et l'âge au Québec* », Cahier québécois de démographie, vol. 12, 1983.

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, Chicoutimi, 1996, 40 p. et annexes.

PAMPALON, R. ET AL. *Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources*, Québec, MSSS, 1995, 354 p.

PAMPALON, R. ET AL. *Un indicateur de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources publiques en santé et en services sociaux*, Québec, MSSS, février 1997.

PAQUETTE, G. « *Facteurs sociaux de la santé, de la maladie et de la mort* » dans « Traité des problèmes sociaux », Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), 1994, chap. 11, p. 223-244.

PÉPIN, Pierre-Yves, « *Le Royaume du Saguenay en 1968 »*, Ministère de l'Expansion Économique Régionale, Ottawa, 1969, 435 p.

PETTOFREZZO A. J. *Matrices and transformations*, Prentice-Hall, 1966, 133 p.

PILON, Julienne, « *Il faut repenser toute la perspective du développement régional »*, Journal La Frontière, Abitibi-Témiscamingue, 21 février 1989 (entrevue avec le professeur Rémy Trudel).

PINEAULT, R., FORTIN, P., LEBLANC, R., LEMIEUX, V., SALTMAN, R. « *Rapport du Groupe de travail chargé d'évaluer deux méthodes pour allouer les budgets aux régions sociosanitaires dans le cadre du dossier de l'équité interrégionale au Québec* », FRSQ, MSSS, juillet 1998.

PINEAULT, R., et DAVELUY, C. *La planification de la santé, Conception Méthodes Stratégies*, Montréal, Les éditions d'Arc, 1986, 480 p.

PORTER, J. H. « Genetic aspects of preventive medicine », dans *Public health and preventive medicine*, 12e ed., Appleton – Century – Corfts, Norwalk, Conn., chap. 47, 1986.

RENAUD, M. et al. « *Améliorer les politiques de santé* », (Mémoire des membres de l'ICRA), Sociologie et Société, juillet 1991, no 4, p. 21-39.

ROCHER, Guy, « *Introduction à la sociologie générale »*, tome I, HMH, Montréal, 1969, 136 p.

RUMMEL, R. J. *Applied factor analysis*, Northwestern Universite Press, 1970, 617 p.

SAMUELSON, P. A. et SCOTT, A. *Economics*, Mc Graw-Hill, 1966, 902 p.

SAVARD, M. ET AL. *Pour l'amélioration de la santé et du bien-être au Saguenay — Lac-Saint-Jean. État de situation*, RRSSS-02, Chicoutimi, 1993, 128 p.

SELYE, Hans, « *Stress sans détresse »,* Ed. La Presse Ottawa, 1974, 175 p.
SIEGEL, S. *Non parametric statistics*, Mc Graw-Hill, 1956, 312 p.

SMITH, L. H., WILLIAMS, D. R. *Statistical Analysis for business – A conceptual approach*, Wadsworth, Belmont, Cal., 1971, 774 p.

SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE DÉVELOPPEMENT DE LA MAIN-D'OEUVRE (S.Q.D.M.). *L'emploi au Québec*, Série mensuelle.

SOKAL, A., BRICMONT, J., *Impostures intellectuelles*, Ed. Odile Jacob, Paris, 1997, 276 p.

STATISTIQUE CANADA, « *Profil des divisions et subdivisions de recensement du Québec – partie A »*, vol II, Recensement de 1991, catalogue 95–325, 889 p.

SYME, L. « Social Determinants of health and disease », dans *Public Health and preventive medicine*, 12e ed., Appleton – Century – Crofts, Norwalk, conn., chap. 23, 1986.

TRUCHON, Martin, « *Politique sociale et développement régional »*, Thèse de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi, 1997, 329 p.

TRUDEL, Rémy, « *Deux Québec dans un, Rapport sur le développement social et démographique ,»* Boucherville, Gaétan Morin, 1989, 124 p.

U.N.E.S.C.O., *Histoire du développement culturel et scientifique de l'humanité*, vol. VI, Paris, Robert Laffont, 1968, p. 445-492.

UNION DES MUNICIPALITÉS DU QUÉBEC. *Rapport de la Commission d'étude sur les municipalités (Rapport Parizeau)*, 1986, 292 p.

WILKINS, R. « *L'espérance de vie par quartier à Montréal, 1976 : un indicateur social pour la planification* », Institut de recherches politiques, Montréal, 1976.

WILL, Terrance. *Saguenay slump predicted by Wall Street agency*, The Gazette, Montréal, 30 décembre 1997.

ANNEXES

Annexes 1 à 10

Retour à la tdm.

ANNEXE 1

MÉTHODE DE SÉLECTION DES DONNÉES MED-ÉCHO COMPARAISON AVEC L'UNIVERS DES SOINS ACTIFS

Retour à la tdm.

ANNÉE 1991-92

		SYSTÈME SANS NOM (02)	LES DONNÉES DU MSSS
[1]	Univers Med-écho (en jours)a	12,015,120	12,015,120
[2]	Jours de longue durée	3,880,450	–
[3] = [1] – [2]	Jours de courte durée	8,134,870	–
[4]	Jours de courte durée dans les centres de services non retenus pour « l'univers des soins actifs »	904,638	907,995
[5] = [3] – [4]	Jours de courte durée dans les centres de services retenus, pour l'univers des soins actifs	7,230,032	–
[6]	Jours de courte durée dans les centres de services non retenus, mais comparables à [5] d'après les durées de séjour par diagnostic	169,374	–
[7] = [5] + [6]	Jours de courte durée utilisables	7,399,406	6,938,263b

[8]	Diagnostic 5 (troubles mentaux)	870,361	
[9] = [7] – [8]	Jours de courte durée en santé physique	6,529,045	
[10]	Jours de courte durée en santé physique dans les régions non retenues (9,10,17,18,99)	213,151	
[11] = [9] – [10]	Jours de courte durée en santé physique dans les 14 régions retenues	6,315,894	

A. À l'exclusion des « cas d'un jour ».

B. Ce nombre correspond à l'univers des soins actifs du MSSS de l'année 1991-92.* L'univers des données du MSSS compte 461,143 jours de moins que les données utilisées par la Régie-02, indépendamment de la sélection décrite aux lignes huit (8) et suivantes.

* Référence : MSSS, Statistique Med-écho, 1989-1990 à 1993-1994 : les soins hospitaliers de courte durée au Québec, novembre 1995, 164 p.

ANNEXE 2

CLASSIFICATION DES DIAGNOSTICS SELON LE REGROUPEMENT 19 DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM-9)

	CATÉGORIES (descriptions)	DIAGNOSTICS
01	Maladies infectieuses et parasitaires	01.0 à 139.9
02	Tumeurs	140.0 à 239.9
03	Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires	240.0 à 279.9
04	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	280.0 à 289.9
05	Troubles mentaux	290.0 à 319.9
06	Maladies du système nerveux et des organes des sens	320.0 à 389.9
07	Maladies de l'appareil circulatoire	390.0 à 459.9
08	Maladies de l'appareil respiratoire	460.0 à 519.9
09	Maladies de l'appareil digestif	520.0 à 579.9
10	Maladies des organes génito-urinaires	580.0 à 629.9
11	Complications de la grossesse et de l'accouchement et des suites des couches	630.0 à 676.9
12	Maladies de la peau et du tissus cellulaire sous-cutané	680.0 à 709.9
13	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissus conjonctif	710.0 à 739.9
14	Anomalies congénitales	740.0 à 759.9
15	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	760.0 à 779.9
16	Symptômes, signes et états morbides mal définis	780.0 à 799.9
17	Lésions, traumatismes et empoisonnements	800.0 à 999.9
18	Facteurs et motifs de recours aux services de santé	V01 à V82 (sauf V30 à V39)
19	Enfants nés vivants en bonne santé classés selon le type de naissance	V30 à V39
20	Diagnostics non transmis ou provisoire	Autres

ANNEXE 3

LISTE DES QUATORZE (14) RÉGIONS RETENUES POUR L'ÉTUDE

Retour à la tdm.

	RÉGIONS	*NUMÉROS RESPECTIFS*
1.	Bas-Saint-Laurent	01
2.	Saguenay–Lac-Saint-Jean	02
3.	Québec	03
4.	Mauricie-Bois-Francs	04
5.	Estrie	05
6.	Montréal-Centre	06
7.	Outaouais	07
8.	Abitibi-Témiscamingue	08
9.	Gaspésie–Iles-de-la-Madeleine	11
10.	Chaudière-Appalaches	12
11.	Laval	13
12.	Lanaudière	14
13.	Laurentides	15
14.	Montérégie	16

ANNEXE 4

SÉMINAIRES ET ACTIVITÉS PERTINENTES À L'ÉLABORATION DU MODÈLE THÉORIQUE ET À LA VALIDATION DES RÉSULTATS

1. Les présentations à des experts et collaborateurs consultés individuellement (3ième trimestre de l'année 1996) et en plénières

- Le Dr. Mario Brisson, médecin de santé publique, Hôtel-Dieu de Roberval.
- Le Dr. Marc DeBreakeleer, médecin, généticien et démographe, UQAC, URC du Complexe hospitalier de la Sagamie, INED (France).
- M. Laval Laberge, psychologue et spécialiste en santé mentale, Hôtel-Dieu de Roberval.
- M. Denis Larrivée, biologiste, UQAC.
- Le Dr. Marcel Melançon, éthique et génétique, professeur CEGEP de Chicoutimi et directeur du GENETIQ.
- M. M.-A. Morency, directeur, département des sciences humaines, UQAC.
- M. Michel Savard, écologiste, Centre de données sur la biodiversité du Québec, UQAC.

2. Plénières et séminaires avec discussion, tenus en 1997 sur le sujet

7 février 1997	Séminaire-plénière, tenu à Chicoutimi sur le modèle théorique fondé sur les maladies multifactorielles : M. Marc DeBreakeleer, M. Mario Brisson, M. Marcel Melançon, M. Denis Larrivée, Mme Lucie Lagacé (RRSSS 02), M. Abderrahim Ansari (RRSSS 02), M. Marc Boudreault (RRSSS 02). Chercheurs invités, en santé mentale : Dr. Alain Lesage et M. Daniel Gélinas de l'Institut Fernand-Séguin de Montréal.
19 février 1997	Séminaire (une demi-journée) tenu à Chicoutimi avec les médecins et professionnels de la recherche à la Direction de la santé publique de la Régie-02 sur les déterminants des maladies en *santé physique*; réf. : le Dr. Paul Desmeules, directeur.
14 mars et 2 juin 1997	Séminaires (une demi-journée chacun) tenus à Chicoutimi avec le Groupe de recherche multidisciplinaire en santé (GREMS) du CEGEP de Chicoutimi (10 professeurs de l'ensemble des disciplines

	pertinentes au domaine de la santé).
21 mars 1997	2ième Séminaire (une demi-journée) avec les professionnels de la Direction de la santé publique de la Régie-02 sur les déterminants des *maladies mentales*; réf. : le Dr Paul Desmeules, directeur.
8 mai 1997	Séminaire d'une demi-journée, tenu à Jonquière avec la permanence du bureau du Premier ministre et Député de Jonquière sur l'ensemble de la problématique; réf. : Mme Nancy Lavoie et autres professionnels, membres du personnel politique.
10 mai 1997	Séminaire (une demi-journée) tenu à Montréal avec l'équipe de direction de la Régie régionale de Montréal-Centre sur l'ensemble de la problématique; réf. : M. Marcel Villeneuve, D.G.
21 mai 1997	Séminaire (une journée) tenu à Chicoutimi avec les représentants des Centres de réadaptation du Saguenay – Lac-Saint-Jean sur l'ensemble de la problématique; Réf. : M. Laurent Bouillon, D.S.P. et M. Alain Côté, PHD, psychologue.
4 juin 1997	Séminaire (une demi-journée) tenu à Baie-Comeau avec les représentant(e)s du Syndicat des infirmières et infirmiers du Nord-Est québécois (SINEQ) en présence de cadres et de professionnels de la Régie régionale 09, de directeurs d'établissements, sur l'ensemble de la problématique et de l'allocation de ressources; réf. : Mme Michèle Choquette, SINEQ.
6 juin 1997	Séminaire (une journée) tenu à Québec avec le groupe GENETIQ[72] du CHUL sur l'ensemble de la problématique et autres sujets; réf. : Dr Richard Gagné et M. Marcel Mélançon.
21 août 1997	Séminaire (une journée) tenu à Chicoutimi avec les professionnels de la Direction de la coordination de services de la Régie régionale-02 sur l'ensemble de la problématique.
5 septembre 1997	Séminaire (une demi-journée) tenu à St-Gédéon avec les membres de la Commission médicale régionale du Saguenay – Lac-Saint-Jean sur l'ensemble de la problématique.
12 septembre 1997	Séminaire (une journée) tenu à Chicoutimi avec le Dr Marc De Breakeleer et Dr Mario Brisson. Sujet : L'avancement des travaux de recherche, en particulier le modèle théorique.

[72] Composé de chercheurs éthiciens du CHUL, de l'Université de Sherbrooke, des CEGEPS de Chicoutimi et Rimouski.

10 octobre 1997	Séminaire (une journée) tenu à Rimouski avec environ 15 directeurs et professionnels de la Régie régionale 01. Sujet : L'ensemble de la problématique; réf. : M. Paul-André Bernier, D.G.
3 décembre 1997	Séminaire (une journée) tenu à Chicoutimi avec le Dr Richard Tremblay, PHD en mathématique, et M. Michel Savard, écologiste. Sujet principal : la validation du modèle mathématique.

3. Rencontres de présentation des travaux, tenues à l'automne 1996 et en 1997

25 octobre 1996	À Chicoutimi, rencontre de la Député du comté de Chicoutimi et de son équipe.
20 novembre 1996	Au Parlement de Québec : rencontre en soirée, d'un groupe de 10 députés de diverses régions.
17-18 déc. 1996 et autres dates	À Chicoutimi, rencontre, à sa demande, de M. Jean-Pierre Bélanger.
13 janvier 1997	À Rivière-du-Moulin, rencontre les représentants du mouvement de citoyens ICI Saguenay – Lac-Saint-Jean et de la CSN.
23 janvier 1997	À Chicoutimi, rencontre des membres de l'exécutif de la SINEQ.
30 janvier 1997	À Montréal, rencontre conjointe de l'équipe de la Chaire socio-économique de l'UQAM et de la FSSA, M. Léo-Paul Lauzon, M. Jean-Marc Crevier.
29 mai 1997	À Montréal, rencontre des directeurs de Santé publique du Québec, en présence de Mme Christine Collin.
20 juin 1997	À Chicoutimi, rencontre, à leur demande, d'une délégation du Conseil de la santé et du bien-être, M. Éric Laplante, M. Michel Bernier et un candidat au doctorat (Laval).
26 août 1997	Dans la région des Laurentides, rencontre spéciale des directeurs généraux des régies régionales du Québec, en présence de la sous-ministre (Madame Dillard) et de professionnels.
5 septembre 1997	À Chicoutimi, présentation des résultats devant l'ensemble des re-présentants des cadres et des syndiqués du réseau régional de santé et de services sociaux, à l'instigation de M. Gilles Simard.

ANNEXE 5

L'IMPACT DES DÉPENSES DU SECTEUR DE LA SANTÉ SUR LES POPULATIONS LOCALES ET RÉGIONALES

RÉSUMÉ DES CONSTATS

Retour à la tdm.

1. L'IMPACT DES RESSOURCES FINANCIÈRES PUBLIQUES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES COLLECTIVITÉS

- Les écarts récurrents de répartition des ressources financières publiques entre les collectivités – locales et régionales – influencent leur niveau respectif et relatif d'emploi.

- Les écarts relatifs d'emploi déterminent :

  - Le niveau de pauvreté des populations et partant, un grand nombre d'autres caractéristiques socioéconomiques : qualité de logement, niveau de scolarité, etc.

  - La vitesse d'exode des jeunes en âge de produire et de se reproduire.

  - La vitesse de vieillissement des collectivités et leur désintégration démographique, par perte de leur capacité de remplacement naturel : 90% des enfants naissent des femmes âgées de 20 à 34 ans, groupe le plus sensible aux facteurs qui entretiennent l'exode.

- Les pertes démographiques associées à la pauvreté des populations et la perte de poids démographique en découlant neutralisent tout avantage comparatif pour le développement du secteur privé au sein des communautés affectées.

  - Perte du marché local.

  - Perte des entrepreneurs éventuels

- Pour ceux qui restent dans les collectivités atteintes :

  - Accroissement des taux de suicide, spécialement chez les jeunes de sexe masculin.

2. LA CONTRIBUTION DES DÉPENSES DU SECTEUR DE LA SANTÉ À LA PROBLÉMATIQUE

- Les dépenses du secteur de la santé représentent 30% des dépenses de l'État québécois et 7% de son PIB. Toutes les collectivités contribuent par leurs taxes et impôts au financement du régime.

- Dans les faits, les dépenses de santé sont très majoritairement allouées à des corporations d'établissements fortement concentrées dans un nombre restreint de localités. Les niveaux de ce financement dans les localités pourvues varie très considérablement, tant en termes relatifs (per capita) qu'en termes absolus (masses salariales totales).

- Ainsi, de façon récurrente, la répartition inégalitaire du produit des taxes et des impôts de ce secteur agit comme un instrument puissant de croissance autour des zones à forte concentration de services, contribuant par là au maintien des inégalités entre les collectivités locales et régionales.

- Les effets démographiques induits par ces disparités se répercutent sur d'autres secteurs majeurs de dépenses publiques amplifiant ainsi les inégalités dans les transferts, les emplois.

  - La chute du nombre de naissance découlant de l'exode, accule les collectivités à la fermeture de leurs écoles et à la perte des transferts en découlant.

  - La perte de poids démographique et la perte de clientèle disqualifient les collectivités affectées.

On pourra notamment consulter, à ce sujet, les publications suivantes : CÔTÉ, C. (1982), BARRIAULT, C. (1984), CASF (1986), CÔTÉ, C., BARRIAULT, C. (1988), CÔTÉ, C. (1991) de même que la plupart des travaux provenant de la Régie du Saguenay–Lac-Saint-Jean cités en bibliographie.

ANNEXE 6

Retour à la tdm.

Extrait du document du MSSS présentant les critères proposés, le 15 décembre 1995, au Comité MSSS-Régie sur l'allocation interrégionale des ressources[73].

« Une mesure populationnelle :

- caractérise l'ensemble de la population régionale
- ses problèmes de santé ou ses problèmes sociaux…

Il ne s'agit pas d'une mesure de l'utilisation des services à l'échelle régionale. *On a ignoré ces sources d'information*[74]. Car l'exercice vise à proposer une mesure de l'utilisation optimale des services à l'échelle régionale fondée sur les besoins de la population afin de pouvoir la comparer avec l'utilisation actuelle ou réelle, à l'échelle régionale. » (p. 6)

[73] PAMPALON, R., SAUCIER, A. *Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources*, Québec, MSSS, décembre 1995, 17 p.

[74] L'italique est de nous.

ANNEXE 7

Le calcul de l'indicateur synthétique du ministère de la Santé et des Services sociaux [75]

Retour à la tdm.

PROGRAMME BUDGÉTAIRE	INDICATEUR EXPRIMÉ	POIDS FINANCIER
Santé physique	$I_R = \left(\frac{\left(\frac{\sum \left[\frac{HQ_{ij}}{PQ_{ij}} \cdot PR_{ij} \right]}{\sum HQ_{ij}} \right) \cdot PQ}{PR} \right) \cdot ICM_R$	48,8 %
Santé mentale	$I_R = \left(\frac{\left(\frac{\sum \left[\frac{CQ_{ijk}}{PQ_{ijk}} \cdot PR_{ijk} \right]}{\sum CQ_{ijk}} \right) \cdot PQ}{PR} \right) \cdot ICSM_R$	8,7 %
Santé publique	$I_R = \frac{APVP\text{-}EV_R}{APVP\text{-}EV_Q}$	1,5 %
Personnes âgées	$I_R = \frac{\frac{\sum PR_{ump} \cdot INC_{ump}}{PR}}{\frac{PIQ}{PQ}}$	21,6 %
Déficience physique	$I_R = 0{,}8 \times \left(\frac{\frac{\sum_{i=0}^{64} PR_{ump} \cdot INC_{ump}}{PR}}{\frac{PIQ}{PQ}} \right) + 0{,}2 \times \left(\frac{\frac{\sum_{i=65}^{n} PR_{ump} \cdot INC_{ump}}{PR}}{\frac{PIQ}{PQ}} \right)$	8,6 %
Déficience intellectuelle	$I_R = \frac{DEF_R}{DEF_Q}$	2,3 %
Alcoolisme et toxicomanies	$I_R = \frac{ISC_R}{ISC_Q}$	1,5 %
Jeunes en difficulté	$I_R = \sum \left[\frac{S_R}{S_Q} + \frac{C_R}{C_Q} + \frac{G_R}{G_Q} + \frac{D_R}{D_Q} + \frac{A_R}{A_Q} \right] / 5$	7,0 %

Source : Indicateurs tels qu'illustrés dans Pampalon *et al.* (1995). Le poids financier correspond au pourcentage des dépenses en services de santé et en services sociaux.

[75] Tel qu'illustrés dans PAMPALON, R. ET AL. (1995).

ANNEXE 8

LISTE SOMMAIRE DES DOCUMENTS PRODUITS PAR LA RÉGIE-02 TOUCHANT LES BESOINS DES POPULATIONS RÉGIONALES

Retour à la tdm.

TITRE DU RAPPORT[76]	PROBLÈME TRAITÉ	CONSTATS PRINCIPAUX
La désintégration des régions… Automne 1991, 261 p.	Refonte non censurée des travaux d'étude élaborés par Charles Côté au cours des années 1980.	Des inégalités économiques maintenues – et mesurables par le manque d'emploi des régions – entraînent la désintégration de celles-ci. La répartition des fonds publics participe à l'existence de ce processus.
Rapport d'analyse du bilan-lits 1993	Le bilan-lits est utilisé par le MSSS pour allouer ou pour limiter les ressources des réseaux régionaux.	Le bilan-lits est un instrument inégalitaire de redistribution des ressources entre les régions.
Réflexion sur le bilan dollars du Saguenay–Lac-Saint-Jean Automne 1993	Le bilan-lits (MSSS) référait aux lits disponibles mais non aux ressources financières disponibles pour garder ces lits ouverts.	Le bilan dollars montre comment la consommation de services des régions moins développées devient une valeur marchande pour le développement économique des grands centres avec les conséquences connues.
Simulation d'une compression budgétaire Février 1994 (2 documents)	Mandatée par les autres régies, la Régie propose une méthode unique d'allocation budgétaire comme alternative à la douzaine de scénarios et aux centaines d'amendements compris dans la proposition des fonctionnaires du MSSS.	La méthode proposée mesure les flux de clientèles entre les régions, les prend en compte et met de l'avant le taux d'inoccupation comme mesure du besoin des populations régionales.
Validation de la relation entre le niveau de dépenses en santé physique et les balances commerciales à l'échelle intrarégionale Novembre 1994	Pour répondre aux interrogations d'autres régies, il s'agit de vérifier, pour chaque région, la relation entre la richesse disponible en santé physique sur chaque territoire de CLSC et les flux de clientèles affectant les territoires.	Les territoires plus dotés de ressources attirent les clientèles des territoires moins dotés. Un manque relatif de ressources signifie un exode de clientèles au profit de territoires plus dotés.
Fondements et principes de la répartition des fonds publics entre les collectivités : le cas des dépenses en santé et en services sociaux	La façon comptable d'allouer l'essentiel des budgets de l'État met en danger, par ses effets, la pérennité et les conditions sociales des populations.	La répartition globale des ressources aux populations (politique économique) doit précéder la ventilation budgétaire par missions et par programmes (politique budgé-

[76] Tous les documents énoncés ont fait l'objet d'une diffusion auprès du MSSS. Un astérisque(*) est indiqué à côté du titre de tout document qui aurait fait l'objet d'un accusé de réception ou d'une réponse écrite.

TITRE DU RAPPORT[76]	PROBLÈME TRAITÉ	CONSTATS PRINCIPAUX
Décembre 1994		taire).
La base de la répartition des ressources dans le domaine de la santé et des services sociaux Décembre 1994	Certains fonctionnaires expriment des doutes sur la légalité de l'approche mise de l'avant par la Régie.	Le document illustre comment la loi constitutive du régime de services permettent l'allocation d'enveloppes régionales globales tenant compte du niveau de besoin des populations.
Présentation au Comité d'experts universitaires sur l'allocation de ressources en santé et en services sociaux Octobre 1995	La désintégration des populations régionales, aux plans démographique et socio-économique, découle d'une répartition inéquitable des ressources publiques entre les régions.	Le rôle de l'allocation des ressources en santé comme moyen pour infléchir le processus de la désintégration des populations.
L'allocation des ressources… : l'utilisation du taux d'inoccupation, décembre 1995	Pour pallier à l'incompréhension du concept et de la mesure qu'est le taux d'inoccupation, on demande d'en décrire la nature, les tenants et les aboutissants.	Le TI est une mesure de la non-disponibilité de l'emploi dans les populations. Il mesure de la sorte la non-disponibilité de revenu (la pauvreté), l'état relatif de sous-développement, la cause première de l'exode démographique des jeunes. Son utilisation est de nature à réduire les écarts de financement entre les populations eu égard à leurs besoins.
La mesure de la pauvreté : le taux d'inoccupation vs l'incidence de faible revenu, janvier 1996	L'incidence de faible revenu constitue un indicateur invalide du niveau de pauvreté des populations.	La proposition du MSSS se sert d'un indicateur *invalide* de la pauvreté pour valider d'autres indicateurs en vue de les utiliser à des fins d'allocation de ressources entre les régions.
Présentation de la RRSSS-02 au comité MSSS-Régie sur l'allocation des ressources 24 janvier 1996	Répondre à diverses questions formulées par ce comité à l'égard de l'utilisation éventuelle du TI aux fins de l'allocation équitable des ressources de santé.	Le document démontre que le TI reflète avec grande exactitude la propension des populations régionales à être hospitalisées. Il en constitue un estimateur fiable de beaucoup supérieur à celui que propose le MSSS : R de 90.9 % par rapport à 34.6 % pour l'indicateur ministériel. Une simulation des résultats comparatifs des deux approches suit.
Sous-développement et morbidité durable au Québec : un rapport de causalité, 3 mars 1998, 108 p. et annexes	Il avait été énoncé que les études réalisées au MSSS n'avaient pas scruté la réalité de la consommation de services par les populations. Il s'imposait de plus d'élucider le rapport existant potentiellement entre la demande	L'étude démontre notamment que : 1. les indicateurs d'usage courant sont invalides; 2. le TI s'avère le meilleur indicateur disponible de la consom-

TITRE DU RAPPORT[76]	PROBLÈME TRAITÉ	CONSTATS PRINCIPAUX
	de services, les indicateurs socio-sanitaires (dont le TI) et la mesure du besoin des populations.	mation; 3 . la performance du TI s'explique par le rapport de causalité entre ce que mesure le TI et la morbidité des populations; 4. Les facteurs reliés à l'organisation des services et à la performance expliquent moins de 10 % des écarts de consommation entre les régions.
L'avis scientifique du FRSQ sur deux méthodes d'allocation passe-t-il la rampe? 4 septembre 1998	Un comité d'experts du FRSQ avait, en juin 1998, rejeté la méthode « Côté », lui préférant la méthode « Pampalon » mais amputant cette dernière de la moitié des paramètres qui la composent. Le document de la Régie-02 est une première réaction : il présente les insuffisances de l'avis du FRSQ.	L'avis des experts ne répond pas au mandat confié; il affirme nombre de choses *inexactes* et *fausses* sur les contenus soumis par la Régie. Cet avis d'experts n'étaye aucun des jugements ou affirmations qu'il met de l'avant.

ANNEXE 9

Retour à la tdm.

ANNEXE 10

Retour à la tdm.

Rapport du groupe de travail chargé d'évaluer deux méthodes proposées pour allouer les budgets aux régions sociosanitaires dans le cadre du dossier de l'équité interrégionale au Québec

Membres :

Pierre Fortin
Raymond Leblanc
Vincent Lemieux
Raynald Pineault*
Richard Saltman

***Président du groupe de travail**

Juillet 1998

Le mandat confié au groupe de travail était de donner au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) un avis scientifique sur chacune des deux méthodes[77] proposées pour allouer les budgets aux régions et plus particulièrement :

- sur la pertinence des bases théoriques et de la méthode;
- sur la validité, la fiabilité et la robustesse de l'indicateur;
- sur les limites, les avantages et les désavantages éventuels associés à l'utilisation de l'indicateur.

Le groupe de travail a d'abord pris connaissance des deux propositions les plus récentes qui lui ont été fournies et des documents qui s'y rapportent. Le groupe a également rencontré les responsables des deux méthodes pour une période d'environ une heure chacun afin de clarifier certains points.

Le présent rapport prend pour acquis que ces documents ainsi que la littérature qui s'y rattache sont bien connus du Ministère et des régies et, en conséquence, il n'en reprend pas le détail. Sont présentés dans ce qui suit, le résumé de notre analyse pour chacune des méthodes et nos recommandations.

La méthode Côté

La méthode Côté fait reposer toute son analyse sur le taux d'inoccupation comme déterminant les besoins en services de santé et les besoins de santé, directement par l'effet de l'inoccupation sur la santé et, indirectement, par l'effet qu'ont sur l'emploi les montants consentis par le Gouvernement à la région pour ces services. En cela, la méthode rejoint, sur le plan théorique, les courants de pensée relatifs au développement économique et régional, et certaines recherches récentes sur les déterminants économiques et sociaux de la santé.

Le groupe de travail reconnaît le sérieux de ces réflexions, mais il reconnaît aussi la grande difficulté pour un ministère de la santé et des services sociaux de les appliquer de façon opérationnelle dans la répartition de ses ressources aux régions. En effet, la mission du Ministère doit se limiter à son domaine de compétence. Il serait malvenu d'empiéter sur celui d'autres ministères dans les responsabilités qu'il partage avec eux à l'égard de la santé et du bien-être. On ne peut, tout particulièrement, le rendre responsable du développement économique ou de l'emploi, même si l'on reconnaît l'influence de ces facteurs sur la santé. De plus, la régionalisation, pour le moment, est sectorielle et limitée aux services de santé et aux services sociaux, ce qui impose des frontières à la responsabilité directe de ce secteur, même s'il doit s'ouvrir à l'intersectorialité.

Le taux d'inoccupation est un global du non-emploi. De par les éléments qui le composent, il est susceptible d'être corrélé avec un grand nombre d'indicateurs socio-

[77] Pour fins de simplicité et de clarté, nous référons à ces deux méthodes comme étant la méthode *Pampalon* et la méthode *Côté*, selon le nom de leur principal auteur.

économiques (p. ex. personnes âgées, pauvreté, sous-scolarisation, personnes seules). Cependant, l'importance et la pondération des composantes de cet indice peuvent varier d'une région à l'autre. De plus, bien que le classement ordinal des régions selon cet indice puisse être stable dans le temps, des variations cycliques et structurelles peuvent engendrer des changements quantitatifs importants dans les valeurs régionales comparatives de l'indice. Cette instabilité en réduit l'intérêt comme base de répartition budgétaire.

Le dernier document (Côté et Larouche, 3 mars 1998) vise à établir le lien statistique entre « le manque d'emploi au sein des populations et son niveau de recours aux services, plus précisément le taux de journées d'hospitalisation ». Cette vérification empirique produit des corrélations élevées, ce qui s'explique, d'une part, par la corrélation brute du taux d'inoccupation avec diverses variables sociosanitaires et, d'autre part, par la saturation du modèle statistique lorsqu'on introduit de manière tautologique des variables explicatives déjà comprises dans la variable expliquée.

De plus, le choix du taux de journées d'hospitalisation comme indicateur d'utilisation de services limite la portée de l'analyse. D'une part, l'hospitalisation et, particulièrement, la durée de séjour sont influencées par plusieurs facteurs (changement dans les pratiques, chirurgie d'un jour, nouvelles technologies, etc.) et, d'autre part, elles ne représentent qu'une partie de la morbidité. Dans le contexte des changements reliés au virage ambulatoire, d'autres indicateurs seraient vraisemblablement plus pertinents. Une baisse du nombre de journées d'hospitalisation dans une région pourrait signifier non pas une baisse de la morbidité, mais une gestion plus efficace des ressources régionales en santé. On ne voudrait pas ainsi pénaliser les régions performantes.

Il est clair que l'objectif poursuivi par la méthode *Côté* – et l'auteur a été très explicite à ce sujet – est de fournir à la région, par le truchement des budgets alloués à la santé et aux services sociaux, un levier de développement économique par la création d'emploi. Cette thèse n'est supportée ni par la théorie ni par la pratique économique. En effet, le développement économique tient à des éléments de dynamique à long terme et les transferts gouvernementaux agissent tout au plus comme des éléments stabilisateurs à court terme. À moyen et à long terme, ils n'augmentent pas le volume total d'emploi dans une région; ils ne font qu'en modifier la structure. Autrement, avec les milliards de dollars versés depuis des décennies par les gouvernements fédéraux dans les régions économiquement fragiles comme les provinces de l'Atlantique, au Canada, et la Virginie occidentale et la Louisiane, aux États-Unis, il y a longtemps qu'on aurait dû observer des redressements économiques dans ces régions.

La thèse qui sous-tend la méthode *Côté* est donc très contestable. Elle n'est pas supportée par la recherche contemporaine et, du reste, l'auteur ne fait pas référence, ou presque, à des écrits académiques qui pourraient renforcer les assises de son argumentation et sa vérification par l'expérience. À notre connaissance, une telle méthode d'allocation de ressources n'a été appliquée dans aucun pays. Nous reconnaissons toutefois que les préoccupations qui sont à la base de la méthode *Côté* sont dignes d'intérêt, et qu'il importe de trouver des solutions appropriées aux problèmes posés par des taux d'inoccupation élevés.

La méthode *Pampalon*

Au contraire de la précédente, cette méthode s'appuie sur de solides assises logiques et méthodologiques. Selon elle, les déterminants premiers des besoins en services de santé et services sociaux sont la taille de la population, la structure d'âge et les caractéristiques sociosanitaires. Cet outil, simple et facile à utiliser, a été appliqué pour la première fois en 1997-1998. Le groupe *Pampalon* a introduit progressivement des caractéristiques sociosanitaires (p. ex. espérance de vie, faible scolarité, emploi, personnes vivant seules, etc.), y compris la variable d'inoccupation favorisée par la méthode *Côté*. Des variables d'utilisation, on a tenté enfin d'extraire de la quantification des besoins la portion due à l'offre afin d'obtenir une mesure d'utilisation essentiellement liée aux besoins. Cette stratégie a été adoptée par le groupe de l'Université de York, en Angleterre. Mais, à notre connaissance, cette méthode plus sophistiquée n'a pas encore été appliquée. Comme nous l'avons souligné plus tôt, l'indicateur d'utilisation comme le taux de journées d'hospitalisation comporte certaines limites.

Le développement de cette méthode s'accorde totalement avec ce qui se fait ailleurs au Canada et dans le monde. Les documents produits par l'équipe *Pampalon* font abondamment référence à la littérature sur le sujet et, sans aucun doute, l'expertise accumulée au cours des années par cette équipe est un acquis pour le Québec. Il faut encourager la poursuite de ses travaux, car ils sont prometteurs.

Contrairement à la précédente, la méthode *Pampalon* se situe dans une logique claire visant à établir la relation spécifique d'indicateurs de santé avec des besoins de services. De plus, les indicateurs choisis reposent sur des consensus déjà établis au niveau de la recherche dans le domaine des services de santé et des services sociaux.

Toutefois, le groupe de travail reconnaît que cette méthode a ses limites. La méthode anglaise de York qui a inspiré celle-ci a été l'objet de nombreuses critiques. Lorsque la méthode est simple et qu'elle repose sur un nombre restreint de prédicteurs, deux ou trois variables, par exemple, elle demeure compréhensible et facile d'application. À mesure que l'on veut en augmenter la potentiel prédictif, que l'on ajoute des variables et que l'on procède à des normalisations et des ajustements, la méthode se complexifie et devient plus compliquée. En outre, l'amélioration de son pouvoir de prédiction augmente de façon très marginale à chaque variable supplémentaire qu'on introduit dans le modèle.

Le groupe de travail est d'avis qu'en même temps qu'on doive continuer à raffiner la méthode, il faut appliquer un outil simple et crédible. Il apparaît de plus qu'un outil, quelque sophistiqué qu'il soit, ne remplacera jamais la prise de décision et le jugement éclairé, et qu'il demeurera un guide et un support à la décision plutôt que de s'y substituer. Cette constatation s'applique pertinemment à tout ce qui entoure actuellement la discussion sur l'utilité et l'utilisation des données probantes (evidence-based practices).

Aussi, le groupe croit-il fermement que la méthode proposée, tant dans son état actuel que dans son développement à venir, devrait être utilisée avec discernement comme un

élément parmi d'autres pour allouer les budgets aux régions. Certaines variables de nature organisationnelles qui sont davantage qualitatives doivent demeurer centrales à la prise de décision.

Ainsi, l'allocation des ressources aux régions doit prendre la performance et l'efficience en considération et, dans une perspective de gestion orientée vers l'atteinte des résultats, doit récompenser les régions en fonction du degré de réalisation de ces critères. En d'autres termes, l'allocation des ressources doit aussi comprendre des mesures incitatives pour atteindre des objectifs de gestion efficace du système.

Le groupe suggère notamment d'utiliser la méthode *Pampalon* pour établir des budgets hypothétiques (*Shadow budget*) qui pourraient servir de base de comparaison entre les régions, compte tenu des hypothèses sous-jacentes à la méthode employée. Ces budgets pourraient être également utilisés dans une perspective de comparaison entre les régions (*bench marking*). Enfin, le groupe ne croit pas que, pour le moment, cette méthode doive être utilisée pour réallouer l'ensemble des budgets aux régions, mais qu'elle devrait plutôt continuer d'être utilisée à la marge soit pour imposer des coupes budgétaires, soit pour accorder de nouvelles enveloppes aux régions.

Recommandations

Les recommandations du groupe de travail sont contenues dans ce qui précède. Elles sont reformulées de façon formelle et explicite dans ce qui suit .

Le groupe de travail recommande :

1. que la méthode *Pampalon* soit adoptée par le Ministère plutôt que la méthode *Côté* dans l'allocation des budgets par le ministère de la Santé et des Services sociaux aux régions sociosanitaires;
2. que la poursuite des travaux de l'équipe *Pampalon* soit encouragée et supportée financièrement par le Ministère;
3. que l'utilisation de la méthode *Pampalon* soit limitée pour le moment à sa première version comprenant les indicateurs tels la taille de la population, la structure d'âge (et de sexe), et qu'elle soit appliquée à la répartition à la marge des compressions budgétaires ou des développements budgétaires;
4. que l'application de cette méthode soit progressive et qu'elle serve d'abord à la surveillance et à l'établissement de budgets hypothétiques (*shadow budget*) afin de faciliter l'évaluation comparative des régions (*bench marking*);
5. que les données issues de cette méthode servent de soutien à la prise de décision relative à l'allocation des budgets aux régions, qu'elles ne remplacent pas cette prise de décision, mais que celle-ci intègre d'autres dimensions importantes, notamment les dimensions organisationnelles qui sont de nature plus qualitative.