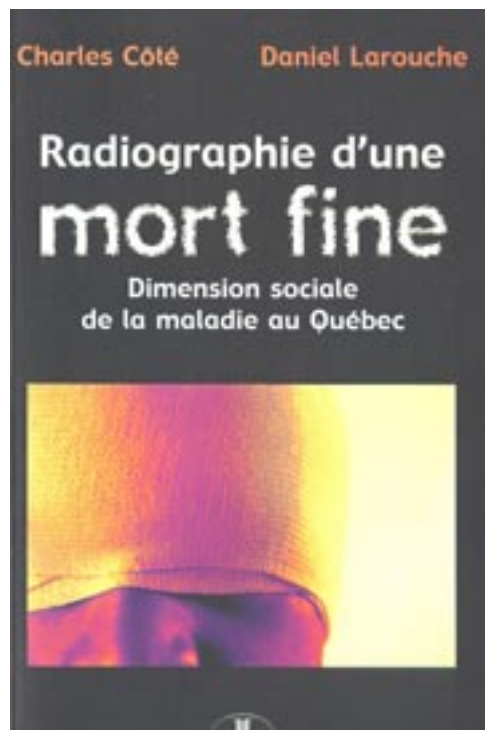


**Charles Côté
Daniel Larouche**

RADIOGRAPHIE D'UNE MORT FINE



**Les Éditions JCL inc.
Chicoutimi, 1^{er} trimestre 2001, 286 pages**

Radiographie d'une mort fine est le deux cent
quinzième livre publié par Les Éditions JCL inc.

Un document produit en version numérique
Par Les Éditions JCL

<http://www.jcl.qc.ca/welcome.html>

Dans le cadre de la collection: "Les classiques des sciences sociales"
Site web: http://www.uqac.quebec.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.quebec.ca/index.htm>

Nous remercions infiniment M. Jean-Claude Larouche, président, Les Éditions JCL, 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).

RADIOGRAPHIE D'UNE MORT FINE.

Dimension sociale de la maladie au Québec.

Chicoutimi, Les Éditions JCL, 1^{er} trimestre 2002, 286 pages
ISBN 2-89431-215-6

Polices de caractères utilisée : Times, 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.





<http://www.jcl.qc.ca/welcome.html>

Nous sommes infiniment reconnaissant à M. Jean-Claude Larouche, président de Les Éditions JCL, 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 importante étude critique de M. Charles Côté (sociologue) et Daniel Larouche (historien) sur le constat de la désintégration des régions et du Québec, Radiographie d'une mort fine. Dimensions sociale de la maladie au Québec, dix ans après la publication du livre-choc, Désintégration des régions. Le sous-développement durable au Québec (1991).

Dans Radiographie d'une mort fine, les auteurs analysent les conséquences de la désintégration des régions et du Québec sur la santé des populations.

En 2002, ce livre sera suivi d'un cri d'alarme intitulé Le Pays trahi publié par la Société du 14 Juillet.

Une prochaine étude sera consacrée au suicide au Québec.

Cet ouvrage est dédié à tous ceux et celles qu'irritent les écarts entre les discours qu'ils entendent et la réalité qu'ils connaissent.

Plus spécialement à ceux et celles qui prennent le risque de publier sur le sujet.

En particulier à notre ami RUSSEL BOUCHARD ainsi qu'à MM. ALAN SOKAL et JEAN BRICMONT, auteurs d'un ouvrage ayant pour titre
Impostures intellectuelles.

TABLE DES MATIÈRES

Prologue	11
Chapitre 1	
Introduction à l'ouvrage	13
Chapitre 2	
La validation d'un indicateur	27
Chapitre 3	
L'explication du niveau de consommation	51
Chapitre 4	
La validation de l'explication	87
Chapitre 5	
L'état de santé d'un système social	117
Chapitre 6	
Le rôle des idées	155
Chapitre 7	
Le rôle des scientifiques	177
Chapitre 8	
La tenue de cap des décideurs	211
Chapitre 9	
Le salaire de l'inertie	235
Conclusion	251
Épilogue	261
Bibliographie	263
Liste des tableaux, graphiques et diagrammes	268
Liste des sigles et abréviations	273
Annexes	275

PROLOGUE

La simple addition des jours d'hospitalisation subis pendant plus de douze ans au Québec, consignés avec un dévouement exemplaire, fait surgir une réalité nouvelle, en tous points différente des événements personnels et singuliers qui la composent. Quatre-vingts millions de manifestations de la maladie se convertissent en une série de courbes continues; l'imprévisible devient prévisible. Et voilà, l'événement qui transcende la biologie, le diagnostic médical et les considérations administratives pour s'inscrire au même titre que les disparités d'emplois, la pauvreté, l'exode démographique et l'accroissement du taux de suicide, parmi les grandeurs collectives qui décrivent l'évolution d'une société entière. Ces grandeurs collectives, prises ensemble, racontent le déclin social toléré d'une nation, la nôtre.

LIBREMENT INSPIRÉ D'UN ARTICLE
DE LA REVUE SCIENCE & VIE

Chapitre 1

Introduction à l'ouvrage

« Pour atteindre la vérité, il faut une fois dans sa vie se défaire de toutes les opinions que l'on a reçues et reconstruire de nouveau, et dès les fondements, tous les systèmes de ses connaissances. »

RENÉ DESCARTES

« Les livres ne sont pas faits pour être crus mais pour être soumis à l'examen. »

UMBERTO ECO

AVANT DE PARCOURIR CET OUVRAGE

Le langage spécialisé distingue les notions de « système de santé » et de « système de soins ». Par système de santé, nous entendons *l'ensemble organisé de mécanismes, de fonctions et d'activités qui, à l'échelle d'une collectivité, contribuent à assurer la santé du plus grand nombre*. Pour sa part, le système de soins ou le système de services renvoie à l'ensemble organisé de fonctions instituées dans le but de stabiliser l'état ou de restaurer la santé des personnes affectées de certains problèmes organiques.

Pour la majorité des gens, les choses se posent autrement. Leur expérience et leur perception de ces réalités passent exclusivement par la maladie, la souffrance personnelle ou celle de leurs proches. Leur univers coutumier est familier avec le « système de soins » alors que l'idée même d'un *système de santé* peut leur être, a priori, complètement étrangère. N'ayant pas la perspective historique des faits de santé, il leur sera, par exemple, très difficile de songer que les réseaux d'aqueduc et les systèmes d'égout font partie d'un système de santé en contribuant à éradiquer les *conditions de propagation* des maladies infectieuses.

De même, il sera très difficile pour un contribuable de percevoir que la *redistribution des fonds publics* – celle du produit des taxes et des impôts qu'il paie – peut, selon la façon dont elle est faite année après année, contribuer à créer des conditions économiques favorables ou défavorables au maintien de la santé du plus grand nombre dans le milieu où il habite; dans le cas où elles sont défavorables, en y engendrant des conditions qui mineront progressivement et systématiquement l'état de santé de la population, en y *fabriquant* la pauvreté, en y accélérant le vieillissement et en y accroissant le nombre de ceux qui éprouvent de la difficulté à assurer leur subsistance et celle de leurs proches.

Dans cette optique, le contribuable pourrait être parfaitement inconscient que ceux qui prennent des décisions à portée collective, peuvent simultanément maintenir un *système de soins* efficace, moderne et performant, tout en fabriquant, par ailleurs, les inégalités sociales qui créent la maladie, allant ainsi à contre-sens d'un « système de santé ». Ce contribuable pourrait être inconscient également que la question du financement public de la santé doit être considérée sous deux angles différents : d'une part, comme la ventilation des budgets requis pour le bon fonctionnement d'un système de soins mais aussi comme *la répartition principale que fait l'État de la richesse collective*. Cette répartition, en tant que transfert économique, peut rendre des collectivités locales et régionales pauvres et malades si elle les défavorise. Par opposition, elle peut faire en sorte que d'autres collectivités, recevant

davantage de ces transferts, jouissent d'opportunités supérieures qui favorisent leur développement économique et démographique, de même que l'amélioration générale de leur état de santé.

L'OBJET DE L'OUVRAGE

Ultimement, ce livre parle des conséquences découlant des choix faits depuis la Révolution tranquille par les institutions responsables d'assurer des conditions comparables de santé et de développement à l'ensemble des populations régionales du Québec. Les informations disponibles, convenablement examinées, montrent que certaines orientations décisionnelles majeures prises et maintenues *depuis le début des années 1970* sont, dans les faits, en train de défaire le Québec dans ses assises sociales même :

- ◆ d'un côté, des populations régionales manquant chroniquement d'emplois et de revenus, perdant leur population jeune, productive et formée, manifestant un état de santé plus détérioré pour l'ensemble des groupes d'âge et des problématiques de santé;
- ◆ d'un autre côté, des populations régionales présentant, *pour le moment*, les caractéristiques inverses. Le phénomène de concentration démographique autour des grands centres – depuis longtemps voulu et maintenant réalisé – entretient et accroît sans cesse ce clivage qui prend de plus en plus l'allure d'un divorce objectif entre les populations qui composent le Québec.

Le propos initial de l'ouvrage était, au départ, focalisé sur une préoccupation plus spécifique. Des travaux antérieurs nous avaient permis d'établir qu'à l'échelle des populations locales et régionales, un critère aussi simple que *le manque relatif d'emplois* permet de distinguer les populations en besoin de celles où prévalent des conditions sociales, démographiques et économiques favorables. Dans l'optique de l'application d'un tel critère au domaine de la santé, on nous enjoignait cependant de vérifier si ce qui valait pour les populations sur le plan économique, démographique et social, valait également à l'égard de leur état de santé. Ainsi, fut amorcée une vérification systématique mettant en cause, d'une part, toutes les hospitalisations faites au Québec depuis 1982 et, d'autre part, les différents types d'indicateurs susceptibles de mesurer l'état de santé des populations du territoire.

Après s'être préalablement assuré de la consistance des faits d'hospitalisation, les premiers chapitres de cet ouvrage livrent un état fidèle de ces travaux. On y voit qu'en amplifiant la pauvreté des populations régionales, le manque d'emplois disponibles se révèle être le déterminant social exclusif de leur niveau de morbidité. Dans cette perspective, le second chapitre vérifie quels indicateurs rendent le mieux compte de la propension des populations régionales à devoir recourir aux services lourds de santé. Partant des meilleurs indicateurs identifiés, le

troisième chapitre trace la chaîne causale qui permet de comprendre et d'expliquer les relations fortes entre certains indicateurs, les faits de recours aux services et la mesure du besoin des populations. Le chapitre 4 vérifie la cohérence du modèle explicatif élaboré, aux plans théorique, méthodologique et empirique. L'ensemble de ces trois chapitres démontre, au plan scientifique, que les expressions « riches et en santé » ou « pauvres et malades », si elles ne peuvent s'appliquer universellement à tous les individus vivant une situation de richesse ou de pauvreté, s'appliquent clairement à l'échelle des populations régionales du Québec. Mettant ces constats nouveaux sur la morbidité des populations en lien avec les autres faits sociaux qui caractérisent celles-ci, le chapitre 5 dresse une synthèse de ce qui pourrait être défini comme étant *l'état de santé des populations*; la morbidité n'étant qu'une parmi un ensemble de caractéristiques indissociables et reliées fonctionnellement les unes aux autres en système : un système social.

S'appuyant ensuite sur les connaissances mises au jour dans ces quatre derniers chapitres, la seconde moitié de l'ouvrage identifie les dysfonctions qui se sont manifestés dans le système social du Québec depuis la Tranquille révolution, et qui sont en grande partie responsables de la situation que nous vivons actuellement aux plans économique, démographique et sanitaire. Par un procédé confrontant les faits de la réalité aux discours qui ont formé à la fois la trame des décisions et celle de la pensée scientifique sur les faits sociaux québécois, les chapitres suivants permettent de voir dans quel cul-de-sac nous a menés la trajectoire choisie et maintenue depuis trois décennies. À partir de la situation du Québec, le chapitre 6 pose le problème des dysfonctions pouvant affecter les systèmes sociaux, allant jusqu'à identifier la fonction des faux discours dans les processus contribuant à maintenir ces dysfonctions. Le chapitre 7, sur la base des discours officiels ayant eu cours entre 1970 et la Réforme de la santé, montre comment ont été prises les décisions qui nous ont conduits à la situation de désintégration et à l'impasse actuelles. On y voit aussi comment, au plan scientifique, on est passé de la reconnaissance des phénomènes jusqu'à certaines entreprises systématiques de brouillage des faits. S'inspirant de l'épisode qui a suivi la réforme du système de soins, le chapitre 8 montre comment les gestes et les discours sur la répartition du financement public de la santé tendent à maintenir le cap... sur un cul-de-sac. Au terme de ces analyses, le dernier chapitre dresse le bilan et pose l'univers des choix et des non-choix tel qu'ils se profilent à partir de la trajectoire actuelle du Québec.

L'ORIGINE DES QUESTIONNEMENTS

La mesure du besoin des populations préoccupe la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (la Régie) depuis plusieurs années. Les travaux réalisés à la Régie, depuis 1990, ont démontré les effets du manque relatif d'emplois sur un

ensemble de phénomènes mesurables au sein des populations locales et régionales :

- ◆ 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 entre les régions tant au plan du manque relatif d'emploi que des autres phénomènes mesurés. Les impacts récurrents de la répartition des dépenses publiques – en particulier, celles du secteur de la santé qui s'avère le principal poste de dépenses gouvernementales – ont été décrits et expliqués eu égard :

- ◆ au maintien des écarts de disponibilité d'emploi entre les régions 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 de l'annexe 5 résume les faits démontrés au fil des ans, à partir de données officielles publiées et vérifiables. Jusqu'à 1995, dans les discussions avec les instances gouvernementales sur le sujet, il apparaissait clair pour la Régie 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 » (v. Le Petit Robert).

UN COMITE D'EXPERTS INTERNATIONAUX S'INTERROGE...

À cet égard, en 1995, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (le Ministère, ou MSSS) commandait à un groupe d'experts internationaux une analyse sur ses critères de répartition et sur les propositions de la Régie en matière d'allocation de ressources. Cette démarche aboutissait à un résultat éloquent. En conclusion, le groupe d'experts affirmait, d'une part, la nécessité en cette matière de choisir des critères suffisamment transparents pour être expliqués et compris, commentaire qui visait d'emblée les propositions ministérielles d'alors. L'autre conclusion des experts, concernant l'approche mise de l'avant par la Régie, laissait sur le questionnement fondamental suivant :

*« 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 premières journées de séminaire du comité sans qu'on n'y (sic) 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. »

CONTANDRIOPOULOS & TROTTIER (1995), p. 12.

Le questionnement des experts touchant l'état de besoin des populations surprend à maints égards. Ceux-ci semblaient opposer deux concepts : celui de la maladie pour laquelle il faut allouer des ressources au système de soins et celui du développement socio-économique des régions qui pourrait éventuellement requérir certains investissements publics. D'emblée, ils dissociaient l'état de santé des populations des conditions socio-économiques qui prévalent dans leur milieu. Sur la base d'une telle conception, le lien entre la condition socio-économique d'une population et les effets sociaux et sanitaires sur les personnes apparaît une chose à démontrer. Tout se passe comme si le rapport universellement constaté entre la maladie et la pauvreté n'était, au Québec, qu'une hypothèse de recherche.

Pourtant une citation extraite d'un ouvrage publié par l'UNESCO en 1968, peu avant l'érection d'un régime de santé public au Québec, met en évidence l'état des connaissances qui, déjà à cette époque, traçaient la voie des interventions visant à améliorer l'état de santé des populations en général. D'après cette conception véhiculée par des sommités

mondiales du domaine, les populations géographiquement distribuées par région, nation ou autrement, *mais indépendamment des individus qui en font partie*, sont les véritables « boîtes de Pétrie » où fermentent, tout à la fois mais à des degrés variables selon les populations, la pauvreté, la morbidité et les autres maux indissociables de ces deux premières caractéristiques; des maux qui différencient les populations fondamentalement les unes des autres.

« 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. »

WARE ET AL. (1968), P. 450.

Ce constat de l'UNESCO ne diffère d'ailleurs en rien des énoncés que le rapport Castonguay-Nepveu (Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1971) faisait pour le Québec à la même époque. Pourtant, dans l'énoncé du Comité d'experts sur l'allocation des ressources, il semblait y avoir parfaite dissociation entre les manifestations fondamentales du besoin des populations et la nécessité de faire servir l'argent public aux services voués aux malades.

Par ailleurs, le point de vue du comité passait sous silence une autre dimension du questionnement. Dans un État où 50 % de l'économie (PIB) est constitué de fonds publics répartis, par décision, entre les territoires, comment pouvait-on omettre de traiter le rapport qu'entretient l'allocation récurrente des ressources publiques avec les inégalités, la pauvreté des populations et leur morbidité respective? Le mode de répartition des ressources en santé, au Québec, contribue-t-il à améliorer ou à détériorer la santé des populations? Contribue-t-il à résorber ou, au contraire, à amplifier la morbidité indépendamment des soins dispensés aux malades?

La répartition des budgets ministériels de la santé va-t-elle, ou non, dans le sens de l'amélioration de la santé de l'ensemble des populations

régionales, comme le prescrit l'article premier de la loi instituant le régime de services?

Les experts voyaient la contribution éventuelle du financement de la santé au développement des régions comme une question à explorer : « Devrait-elle le faire? » Comme si la concentration de ces ressources dans quelques régions urbaines, depuis des décennies, n'avait pas eu d'effet de développement économique en faveur de ce petit nombre de régions et au détriment des autres¹. La question qui se pose donc, en vue de dresser un diagnostic sur cette matière, ne consiste pas à vérifier l'écart entre ce qui existe et ce qui devrait exister au plan de la répartition des ressources entre les régions. Elle porte plutôt sur *l'écart entre ce qui a été fait depuis un quart de siècle et ce qui aurait dû être fait depuis qu'existe, au Québec, un régime de soins ou de santé.*

**DES SCIENTIFIQUES DU MINISTERE REPONDENT :
« LA REALITE, ON L'A PAS REGARDEE »**

Pendant les discussions de 1995 sur les critères ministériels de répartition interrégionale du financement de la santé, la Régie a démontré que les algorithmes alors mis de l'avant par le Ministère équivalaient, pour l'essentiel, à allouer le financement régional sur la simple proportion de personnes âgées de 65 ans et plus de chaque région².

Au cours 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 Ministère ont alors admis, dans les mots énoncés en titre, *qu'aucune vérification empirique du lien entre le besoin et le recours aux services des populations régionales n'avait été réalisée*³. D'autre part, les interlocuteurs d'alors nous invitaient, dans la finalisation des travaux menés par la 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 accrédi-ter un « indicateur de besoin » servant à répartir le financement public entre les régions qui ne sache être aussi un indicateur du besoin en services? En somme et de façon explicite, on enjoignait la Régie de réaliser la principale tâche de recherche qui incombe normalement aux fonctions centrales et ministérielles de l'État : soit une étude vérifiant le rapport entre les décisions de l'État, le développement économique des populations régionales, leur état de santé et leur niveau de besoin de services.

¹ L'ouvrage de Côté (1991) traite explicitement des faits attestant un tel énoncé.

² L'annexe 7 présente l'édifiante enfilade d'algorithmes mis de l'avant par le Ministère comme « critère synthétique » pour répartir les milliards de dollars versés annuellement pour les services de santé au Québec (Pampalon *et al.* 1995).

³ Réunion du Comité MSSS-Régies sur l'allocation des ressources, le 15 décembre 1995 (v. annexe 6).

Une étude qui n'avait pas encore été réalisée en 1995, après un quart de siècle d'existence d'un régime public, malgré les dispositions très explicites de la loi à cet égard. Cet ouvrage met un terme au mandat qui nous avait alors été confié, en livrant les réponses aux interrogations alors posées.

L'ÉLABORATION DE L'OUVRAGE

La réalisation de l'étude qui fut entreprise pour répondre à cette exigence repose principalement sur la disponibilité et le traitement de banques de données exceptionnelles dont dispose le Québec (MED-ÉCHO) et le Canada (Recensement) 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, peu compatibles quant à leur objet propre : notamment la génétique, la biologie, la médecine de santé publique, la psychiatrie, la psychologie, diverses disciplines des sciences sociales – dont les sciences économiques, la démographie – et enfin l'écologie. Par ailleurs, la connaissance empirique des régions du Québec et de leur évolution s'avère un atout sinon 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 depuis plusieurs années 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 impliqués⁴. Les scientifiques ont été rencontrés individuellement d'abord sur la base d'une présentation formelle assortie d'un questionnaire identique soumis à chacun. Ont 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 leur champ disciplinaire propre. 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 de la santé.

En troisième lieu, nous avons procédé à la validation mathématique de la théorie explicative en utilisant les méthodes pertinentes pour tester

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

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 empirique, 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'interroge cet ouvrage ne sont pas même rapportés dans la littérature. 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 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 est la véritable mesure de l'état de santé des populations, l'espérance de vie ou le niveau de morbidité, et pourquoi? Question primordiale du fait 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. Pourtant, à l'heure actuelle, seule l'espérance de vie est considérée comme critère d'allocation de ressources, contrairement au niveau de morbidité des populations.

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 facteurs sociaux suffisent à eux seuls 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*⁵. 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? « L'état de santé des populations » pourrait-il renvoyer à une réalité où la morbidité et la consommation de services de santé ressortiraient, avec certaines autres manifestations structurées, d'un déterminant commun et sans rapport apparent avec la santé?

LES ENJEUX LIÉS À CET OUVRAGE

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.

Aussi, nous sommes conscients des enjeux politiques que soulèvent nos résultats : ces enjeux nous apparaissent infiniment plus considérables et conséquents que les enjeux proprement scientifiques. C'est le destin social et sanitaire de populations entières qui est traité ici. À l'égard de cette dimension politique, notre seule préoccupation a été de savoir si les faits et leur signification sont *objectivement vrais* ou *objectivement faux*.

⁵ Ces deux critères sont utilisés comme indicateurs fondamentaux dans l'étude de la *Standard and Poor's* sur l'avenir économique des 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.

Les conséquences administratives et politiques découlant du fait, qu'on donne suite ou non, appartiennent à un ordre de réflexion qui n'a pas à être traité ici en profondeur.

Il faut être conscient des conséquences s'il faut 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 selon la population d'appartenance. Mais si des faits inconnus de nous et vérifiés au Québec sont de nature à infirmer nos conclusions, alors nous n'hésiterions pas, sur production des preuves en attestant, à réviser ces conclusions. Ultimement, notre lecteur est juge de l'effort de vérité inscrit dans ces pages.

Chapitre 2

La validation d'un indicateur

**L'identification d'un indicateur valide
du niveau de consommation des populations
régionales, en santé physique**

*« Ce qui probablement fausse tout dans la vie,
c'est qu'on est convaincu qu'on dit la vérité
parce qu'on dit ce qu'on pense. »*

SACHA GUITRY

*« Tous les peuples ont de ces faits, à qui, pour
être merveilleux, il ne manque que d'être vrais;
avec lesquels on démontre tout, mais qu'on ne
prouve point; qu'on n'ose nier sans être impie,
et qu'on ne peut croire sans être un imbécile. »*

DIDEROT

L'IDENTIFICATION D'UN INDICATEUR VALIDE DU NIVEAU DE CONSOMMATION DES POPULA- TIONS RÉGIONALES, EN SANTÉ PHYSIQUE

LES POPULATIONS À L'ÉTUDE

La population étudiée cumule 98 % de celle du Québec, regroupée en quatorze régions sociosanitaires (v. annexe 3). Quatre régions, représentant 2 % de la population du Québec – Côte-Nord, Nord-du-Québec, Nunavik 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 districts 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 districts 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.

LES DONNÉES RETENUES

Les données de consommation utilisées proviennent du fichier MED-ÉCHO 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 1982-1983 et 1993-1994 principalement⁶. 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 mentaux⁷.

⁶ On retrouvera, en annexe 1, un tableau présentant la méthode de sélection des données du fichier MED-ÉCHO et la comparaison entre celles-ci et d'autres données officielles extraites de la même source.

⁷ Correspondant au groupe 5 du regroupement 19 de la Classification internationale des maladies (v. annexe 2).

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'hospitalisation des clientèles provenant de l'extérieur du Québec, de même que les données de consommation hors Québec des populations régionales. La conclusion du quatrième chapitre fait état de travaux de vérification sur certaines données ne faisant pas l'objet de l'ouvrage, notamment celles touchant la santé mentale et la mesure du besoin à l'échelle infrarégionale. Ces travaux n'infirmen en rien les résultats présentés ici : bien au contraire.

LA VALIDATION D'UN INDICATEUR : PREALABLE METHODOLOGIQUE

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 considérée 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 zéro, moins l'indicateur est valide; plus il tend vers 1, ou -1 selon le cas, plus l'indicateur est considéré comme 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 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 quatrième chapitre

de cet ouvrage portant sur la vérification d'un modèle explicatif de la consommation en traite spécifiquement.

L'EXPRESSION DES TAUX DE CONSOMMATION DE SERVICES DES POPULATIONS

Dans ce premier chapitre de l'étude, le niveau de consommation des populations régionales est mesuré exclusivement par les taux de journées d'hospitalisation consommées 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 troisième chapitre qui porte sur les *phénomènes explicatifs* du niveau de recours aux services des populations régionales. C'est plus loin, au quatrième chapitre, qu'on comprendra en profondeur l'utilisation des taux de jours.

LES ECARTS INTERREGIONAUX DU NIVEAU DE CONSOMMATION DE SERVICES : L'AMPLEUR, LA COHERENCE ET LA PERSISTANCE DES ECARTS

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.

L'ampleur des écarts

Pour la seule année 1993-1994, 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)⁸, et celui où ce niveau est le plus élevé, la Gaspésie (11).

La cohérence de la consommation dans le temps

En comparant pour deux 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 invariants d'une année à l'autre. Cela est reflété par des taux de corrélation oscillant entre 97 % et

⁸ Ce numéro assigné à chaque région correspond à la codification officielle des régions du Québec, dont la liste figure en annexe 3.

99 % entre les niveaux de consommation régionaux mesurés pour chacune des paires d'années consécutives considérées (tableau 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 (graphique 1). 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.

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, par exemple sur une période de trois 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 1^{re} et la 12^e 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.

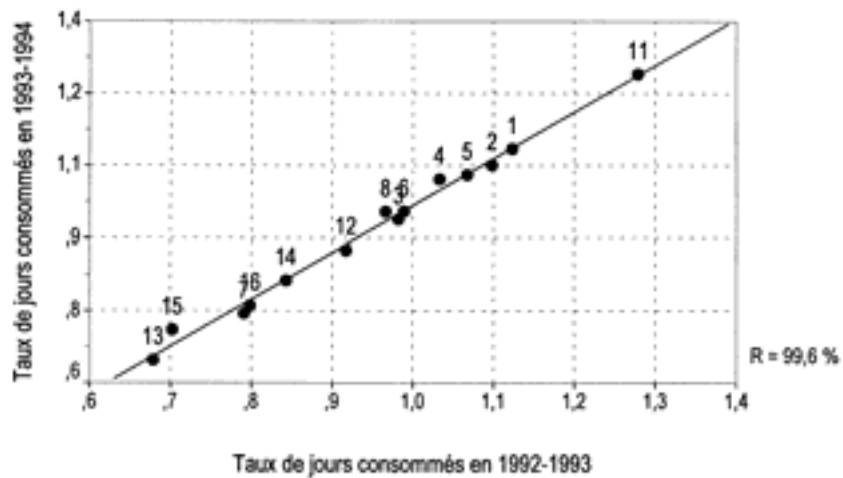
TABLEAU 1

Coefficients de corrélation entre les taux de consommation de services des populations pour onze paires d'années consécutives

PAIRES D'ANNÉES	POPULATION TOTALE	POPULATION NON ÂGÉE (0 À 64 ANS)	POPULATION ÂGÉE (65 ANS ET +)
1982 vs 1983	98,94	98,81	97,02
1983 vs 1984	98,11	98,01	93,33
1984 vs 1985	99,16	98,92	95,96
1985 vs 1986	98,72	98,17	97,73
1986 vs 1987	97,42	96,98	95,15
1987 vs 1988	98,12	98,18	94,43
1988 vs 1989	98,31	98,56	93,71
1989 vs 1990	99,45	98,73	98,46
1990 vs 1991	98,78	97,64	96,32
1991 vs 1992	97,84	96,04	96,87
1992 vs 1993	99,59	99,28	98,06

GRAPHIQUE 1

Relation entre les niveaux de consommation globale des régions pour deux années consécutives



LA COMPARAISON DE DIVERS TYPES D'INDICATEURS DU NIVEAU DE CONSOMMATION : BILAN COMPARATIF

Trois 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 au tableau 2 la valeur de corrélation la plus élevée et la valeur la plus faible entre chaque indicateur et le taux de consommation des régions sur les douze années de consommation considérées.

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 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.

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.

⁹ Il s'agit, en l'occurrence pour chaque population, des revenus totaux cumulés par l'ensemble des personnes ayant un revenu, rapportés 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 abusivement appelée « taux de pauvreté ». On peut consulter à ce sujet Côté, Larouche & Boudreault (1996).

TABLEAU 2
Relation entre des indicateurs d'usage fréquent et le taux de consommation de services des populations sur 12 ans

LES INDICATEURS CLASSIQUES EN SANTÉ				
	CORRÉLATION EN %		VARIANCE EXPLIQUÉE EN %	
	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

LES INDICATEURS DES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES				
	CORRÉLATION EN %		VARIANCE EXPLIQUÉE EN %	
	RAPPORT DE FÉMINITÉ	PROPORTION DE PERSONNES ÂGÉES	RAPPORT DE FÉMINITÉ	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

LES INDICATEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES				
	CORRÉLATION EN %		VARIANCE EXPLIQUÉE EN %	
	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

Source : à l'exception du niveau de revenu, tous ces indicateurs sont extraits de documents officiels du MSSS et ont été mis de l'avant, à un moment ou l'autre, par ce ministère pour répartir les ressources entre les régions.

LES INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES COMPARES ENTRE EUX

LES CONTRAINTES TOUCHANT LA MISE À JOUR DES INDICATEURS À INTERVALLES RAPPROCHÉS

La principale source de données permettant d'élaborer des indicateurs démographiques et socio-économiques demeure le Recensement canadien. Or, il s'écoule une période de cinq 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 sept 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 dont l'allocation de ressources en particulier. En effet, en admettant qu'un indicateur soit valide, comment peut-on en justifier l'emploi, s'il faut attendre sept 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 ou sept 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 intervalles plus réguliers.

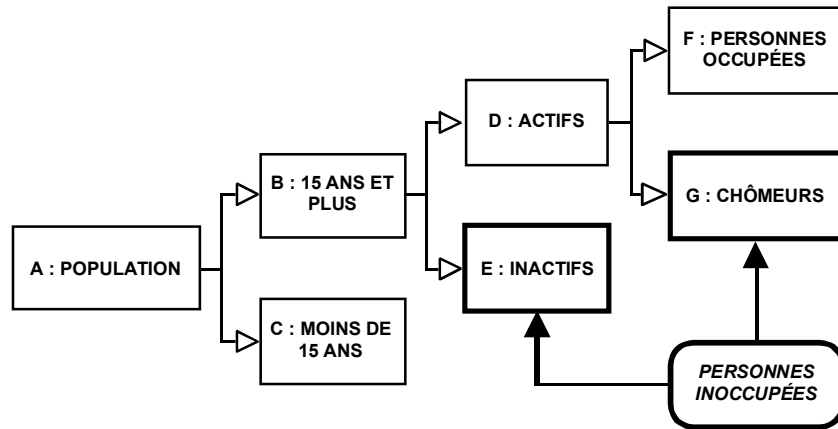
LE TAUX D'INOCCUPATION EN REMPLACEMENT DU REVENU

Le taux d'inoccupation (TI) caractérisant une population donnée désigne *la proportion des 15 ans et plus sans emploi, exprimée en pourcentage*. 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 (plus de six mois) 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 au diagramme 1.

DIAGRAMME 1

La mesure de la disponibilité d'emploi dans une population :
le taux d'inoccupation (TI)



MODE DE CALCUL DU TAUX D'INOCCUPATION : $TI = 1 - F/B$ ou $(E+G)/B$ ou $(B-F)/B$

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 (graphique 2).

De surcroît, la corrélation de 83 % entre le taux d'inoccupation et le revenu moyen *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-emploi¹⁰. 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 avec une valeur de 92 % (graphique 2).

¹⁰ Akyeampong (1996) étudie le potentiel et les limites du rapport emploi/population, tout en soulignant au passage son caractère méconnu de même que ses propriétés. À ce sujet, cet indicateur étant égal *par définition* au complément du taux d'inoccupation, on constate l'existence d'une corrélation de - 87% entre le niveau de revenu d'emploi des populations regroupées par MRC et le taux d'inoccupation.

Par ailleurs, le TI est remis à jour mensuellement par Statistique Canada¹¹ 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.

LA COMPARAISON ENTRE LE TAUX D'INOCCUPATION ET LE REVENU, COMME INDICATEURS DU NIVEAU DE CONSOMMATION DE 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 (graphique 3). Par ailleurs, la corrélation du niveau de revenu de 1991, avec la consommation de chacune des années antérieures jusqu'à 1982, est plus élevée que celle du TI pour ces mêmes années. Par contre, pour les années de consommation postérieures à 1991, la 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.

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, par exemple 1987, 1991 et 1995¹². 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.

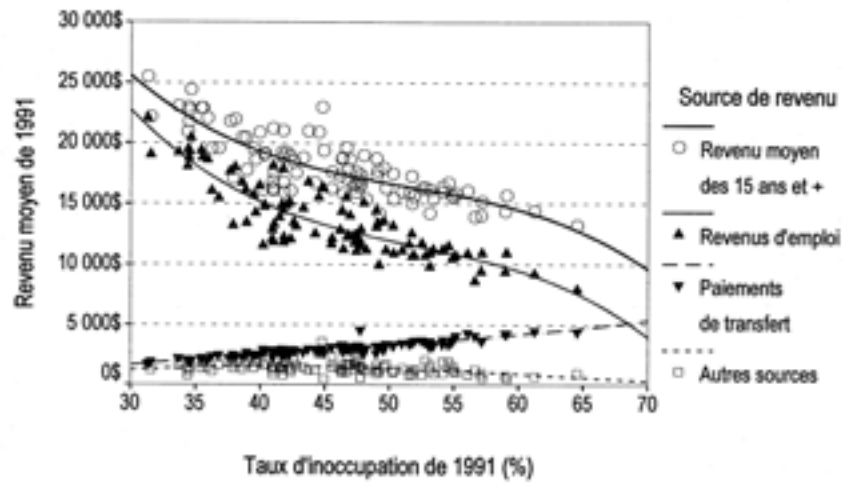
Par ailleurs, pour chacune de ces trois années de référence, le niveau de corrélation avec le TI augmente régulièrement d'environ 2 % par année de consommation de services (graphique 4). On constate alors que l'indicateur le plus fiable du niveau de consommation des populations régionales, en 1993-1994, 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 1993-1994 (graphique 5).

GRAPHIQUE 2

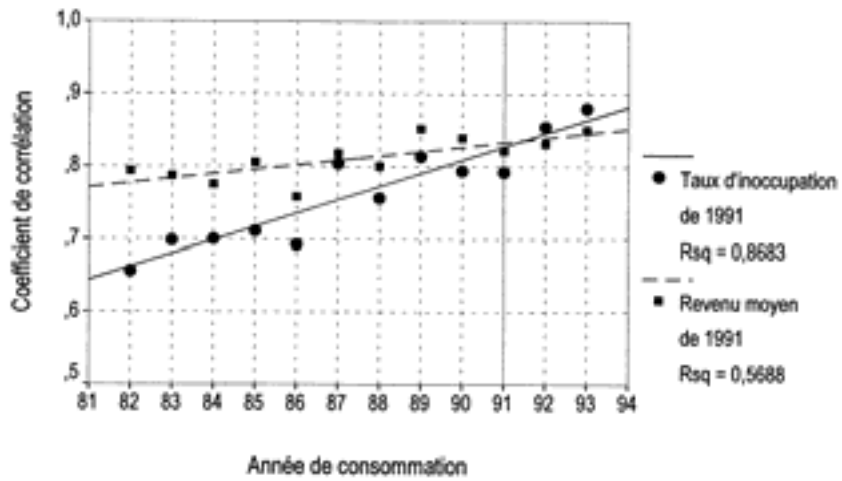
Relation entre le taux d'inoccupation et le revenu moyen des 15 ans et plus selon le Recensement de 1991

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

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

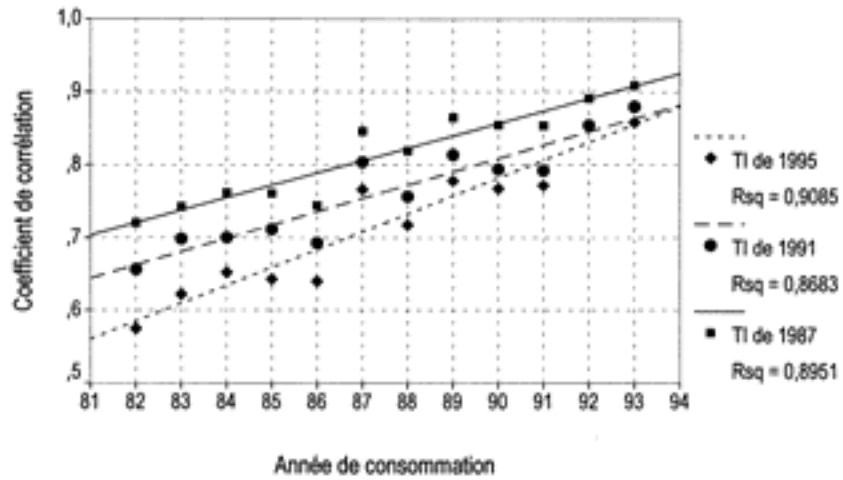


GRAPHIQUE 3
 Corrélations du revenu moyen et du taux d'inoccupation de 1991 avec les taux annuels de consommation des régions



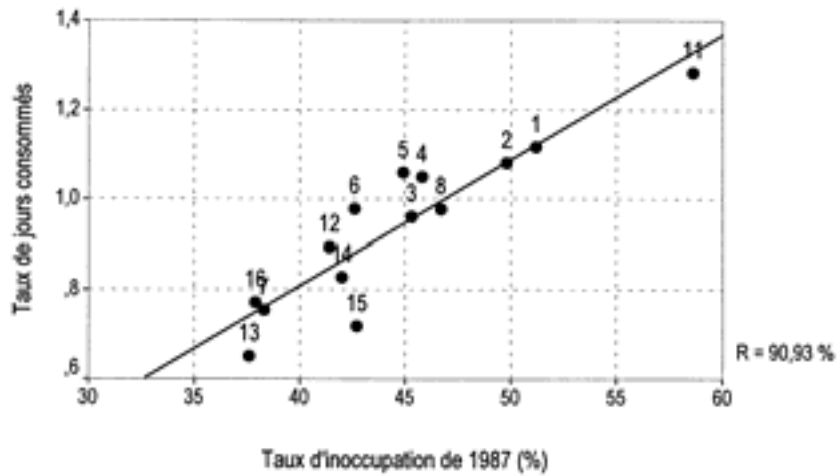
GRAPHIQUE 4

Corrélations des taux d'inoccupation de 1987, 1991 et 1995 avec les taux annuels de consommation des régions



GRAPHIQUE 5

Relation entre le taux d'inoccupation de 1987 et le niveau de consommation des régions en 1993



LA SUPÉRIORITÉ DU TAUX D'INOCCUPATION COMME INDICATEUR DU TAUX DE CONSOMMATION DES POPULATIONS RÉGIONALES

Trois 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 canadien dont le décalage au réel atteint sept ans;
- ◆ les coûts afférents à la remise à jour de l'indicateur, lesquels sont inexistantes (nuls) puisque déjà assumés par d'autres organismes publics.

UNE VERIFICATION PLUS APPROFONDIE DE LA RELATION ENTRE LE TAUX D'INOCCUPATION ET LE TAUX DE CONSOMMATION DES POPULATIONS

La performance prédictive de l'indicateur est forte : les variables impliquées, le manque relatif d'emplois mesuré par le TI et le taux de consommation de 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.

LE TAUX D'INOCCUPATION ET LA CONSOMMATION PAR GROUPES D'ÂGE

Pour réaliser cette analyse, certains constats préalables sur les *profils de consommation* par groupes d'âge des populations sont utiles¹³. On

¹³ Des travaux originaux exploitant systématiquement le potentiel des données d'hospitalisation (MED-ÉCHO) ont permis d'identifier pour chaque regroupement de maladies organiques un profil typique en fonction de l'âge (Savard, 1994). 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

constate que les taux de consommation, ventilés graphiquement par groupes d'âge quinquennaux, ont un profil particulier – une courbe – qui varie d'un regroupement diagnostique 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.

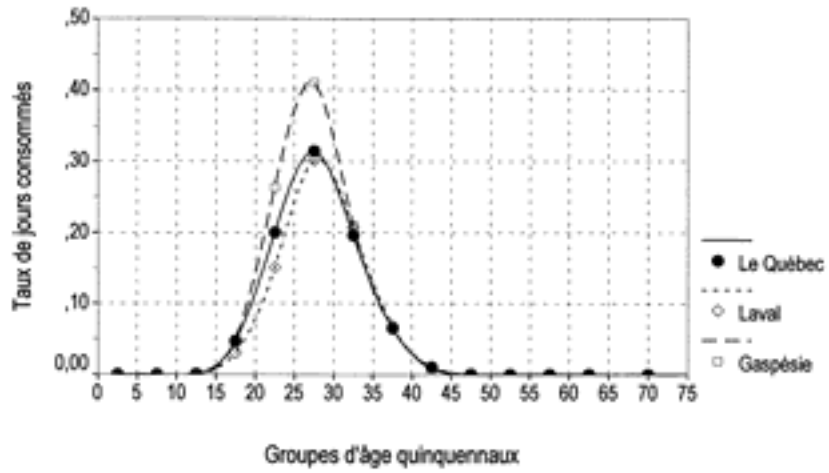
Pour chaque figure, bien que les courbes de consommation des différentes populations régionales soient de forme identique, on constate, par contre, qu'elles sont systématiquement inégales quant à leur hauteur. Tout en calquant un patron semblable, les courbes correspondant aux taux de consommation ventilés 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 de l'ensemble des groupes diagnostiques, on obtient le *profil général* de consommation de la population, par groupes d'âge (graphique 7). 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.

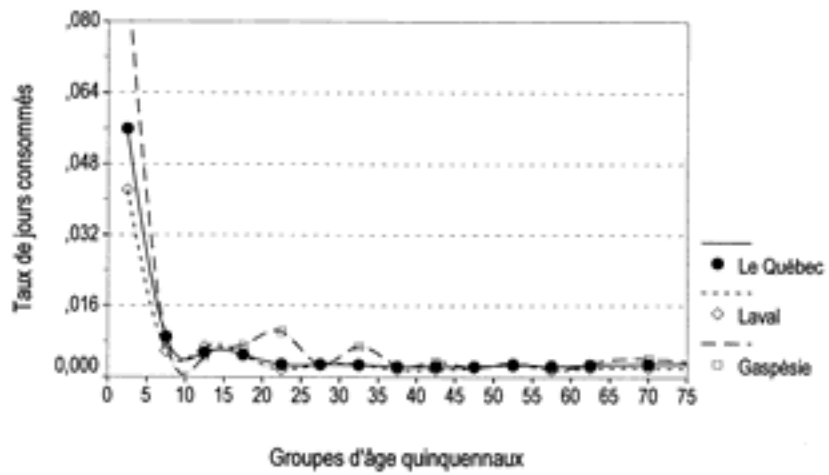
Partant de ce fait, en mesurant le niveau de corrélation entre le taux de consommation *de chaque groupe d'âge quinquennal* et le TI de 1987, on peut vérifier dans quelle mesure le TI rend compte ou non du niveau de consommation de *chacun* des seize groupes d'âge quinquennaux, pour chacune des régions. On peut ainsi vérifier si le TI rend compte de la hauteur du *profil global* de consommation de services des régions. Cela « expliquerait » en partie pourquoi le TI rend compte du niveau global de consommation de services des populations régionales.

populations, elle, est variable; néanmoins, cette variation s'avère systématiquement cohérente pour l'ensemble des groupes d'âge.

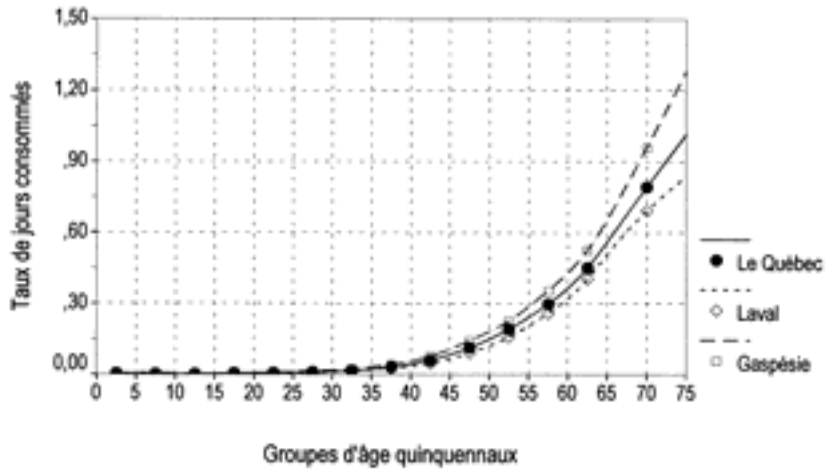
GRAPHIQUE 6A
 Profil de consommation pour les complications
 de grossesse et d'accouchement



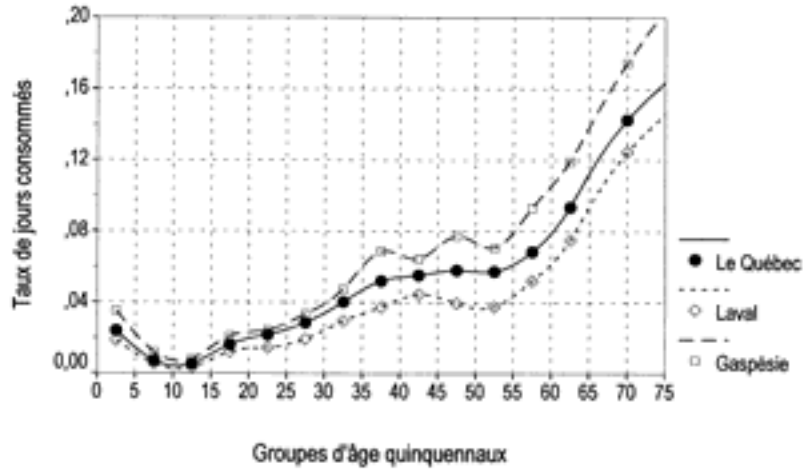
GRAPHIQUE 6B
 Profil de consommation
 pour les anomalies congénitales



GRAPHIQUE 6C
 Profil de consommation pour les maladies
 de l'appareil circulatoire

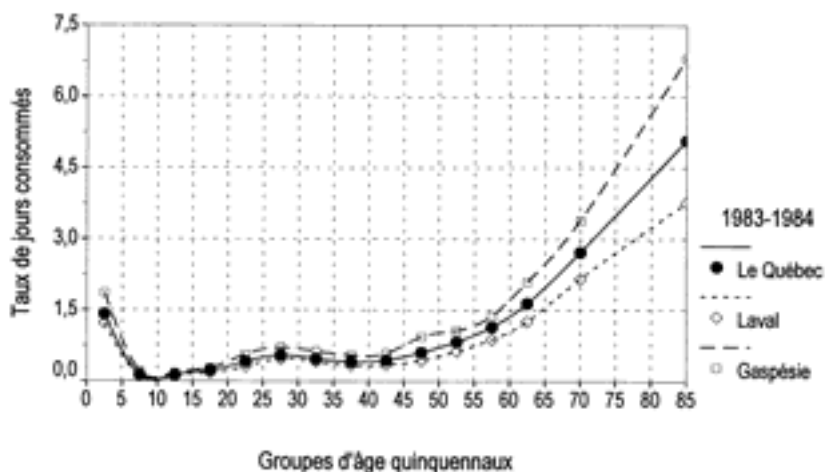


GRAPHIQUE 6D
 Profil de consommation pour les maladies
 génito-urinaires



GRAPHIQUE 7

Profil de consommation de services en courte durée pour trois populations selon la moyenne quinquennale de 1989-1993



Le résultat

À partir d'une moyenne annuelle établie sur cinq années de consommation¹⁴ pour les seize 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 globale de chaque population régionale, car il le fait pour le taux de consommation de chacun des groupes d'âge quinquennaux (tableau 3).

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*.

¹⁴ Moyenne annuelle régionale par groupe d'âge, basée sur la période 1989-1990 à 1993-1994.

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

TABLEAU 3
 Distribution par groupes d'âges des coefficients de corrélation
 entre le taux d'inoccupation des régions en 1987
 et leur taux de consommation de jours en courte durée

GROUPES D'ÂGE	CORRÉLATION EN %	PROBABILITÉ DE L'HYPOTHÈSE NULLE EN %
0-4 ans	81,85	0,0
5-9 ans	86,87	0,0
10-14 ans	82,19	0,0
15-19 ans	62,63	1,7
20-24 ans	63,53	1,5
25-29 ans	71,27	0,4
30-34 ans	86,48	0,0
35-39 ans	84,70	0,0
40-44 ans	85,37	0,0
45-49 ans	92,68	0,0
50-54 ans	84,28	0,0
55-59 ans	73,07	0,3
60-64 ans	74,83	0,0
65-74 ans	72,88	0,3
75 ans et +	68,55	0,7

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

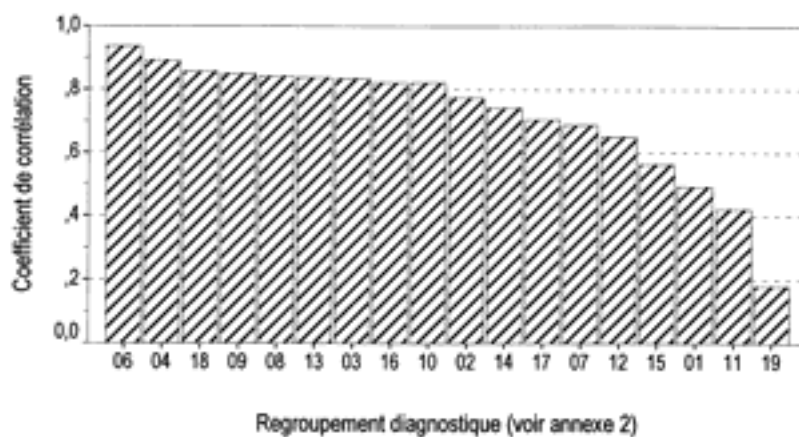
De tels faits, on peut déduire que le véritable déterminant de la consommation des populations régionales n'est pas le statut d'emploi individuel des personnes, mais plutôt *une caractéristique sociale*¹⁶

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 à des groupes [des populations] conçus comme des réalités distinctes des individus qui en font partie*. Ainsi défini, le terme est *opposé aux qualificatifs « biologique, psychique, individuel »* (v. Le Petit Robert).

associée ou déterminée par le niveau de non-emploi prévalant dans les populations. Ce déterminant affecte, de semblable façon, les personnes

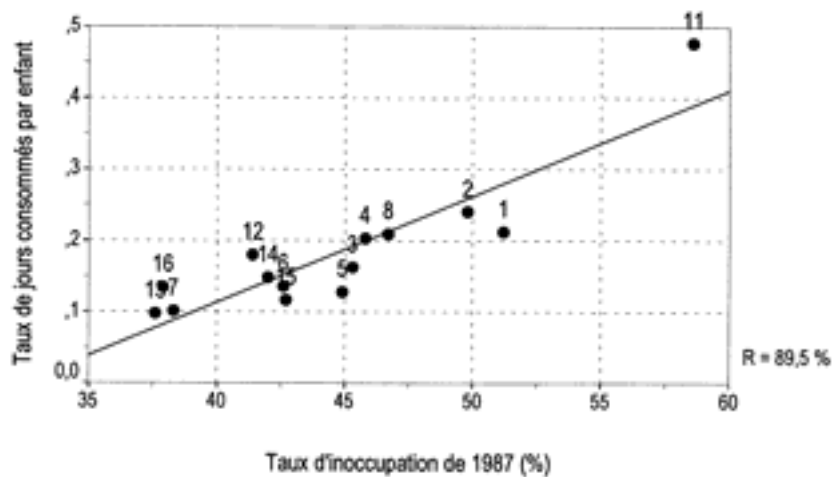
GRAPHIQUE 8

Coefficients de corrélation entre le niveau annuel moyen de consommation des populations régionales en 1989-1993 et le taux d'inoccupation de 1987 par groupes diagnostiques



GRAPHIQUE 9

Relation entre le taux d'inoccupation et le taux de consommation des 0-14 ans pour dix groupes diagnostiques non spécifiques à l'enfance



âgées toutes inoccupées, les jeunes de moins de 15 ans tous exclus de la mesure, tout comme le groupe des 15-64 ans.

LE TAUX D'INOCCUPATION ET LE NIVEAU DE CONSOMMATION PAR GROUPES 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 % (graphique 8). Quant aux autres problématiques de santé – les 15 % restant de la consommation – celles qui corrélaient moins avec le TI ($R \leq 60\%$) sont surtout reliées à des problèmes de santé survenant en période natale (naissances et complications de grossesse) ou en période périnatale ou infantile (maladies infectieuses et affections périnatales)¹⁷.

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

¹⁷ Les maladies de peau présentent aussi une corrélation moins élevée avec le taux d'inoccupation. Selon les médecins experts rencontrés, la fenêtre des hospitalisations est moins pertinente pour les maladies de peau, du fait que celles-ci sont massivement traitées en cabinet privé.

une cause, un *déterminant commun* qui fasse varier *ensemble* la plupart 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. De surcroît, il s'agirait d'une cause de nature sociale, s'ajoutant aux causes biologiques connues.

QUE CONCLURE SUR LES INDICATEURS DU NIVEAU DE CONSOMMATION DE SERVICES DES POPULATIONS REGIONALES?

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 population 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 au moins sept ans à l'avance, 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. De plus, sauf pour quelques affections survenant dans la période périnatale et infantile, la relation entre TI et consommation se vérifie, de même, pour la plupart des groupes diagnostiques. 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 de 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 troisième et quatrième chapitres.

Enfin, le TI *reflète fidèlement* les caractéristiques propres aux indicateurs sociaux, c'est-à-dire aux indicateurs qui rendent compte de la situation particulière de populations entières, indépendamment des caractéristiques propres aux individus qui en font partie¹⁸. 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 ordres de réalités.