

Chapitre 9

Le salaire de l'inertie

Un bilan

*« Look at this hungry man. We will make him a
happy hungry man! »*

MAHARISHI MAHESH YOGI

*« Au moins les sadiques ne sont pas indifférents
aux souffrances qu'ils causent. »*

NATALIE CLIFFORD BARNEY

LE SALAIRE DE L'INERTIE

LES RETOMBÉES DE LA RÉVOLUTION TRANQUILLE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS

Il ressort de ces analyses que, malgré les discours affirmant le contraire, le régime de santé du Québec n'a jamais agi comme s'il avait pour finalité d'améliorer l'état de santé et de bien-être des populations. Ce qui tient encore lieu de régime de santé a consisté, jusqu'à maintenant, à soutenir les activités d'un système de soins aux malades et de services aux personnes dépendantes, comme moyens pour justifier et pour appliquer une politique de croissance économique centralisatrice visant, au départ, à contrer la domination économique de l'Ontario sur le Québec.

Concernant la contribution du secteur de la santé à l'application de cette politique globale de l'État, le fer de lance semble avoir été la Loi elle-même : le fait d'y énoncer de bonnes intentions formulées en objectifs suffisait pour faire taire les interrogations concernant les rapports objectifs et incontournables entre les moyens utilisés et les résultats mesurables dans la réalité. Dans ce contexte, les préoccupations réelles établissant les rapports entre les faits et les théories explicatives furent constamment ravalées au rang d'hypothèses à démontrer. Ainsi, *le doute scientifique systématique* s'imposait comme moyen discursif privilégié pour garantir l'inertie, étouffer la contestation, nier la réalité et continuer sur la même trajectoire.

À titre indicatif, dans un ouvrage déjà cité (Dumont *et al.* 1994), on retrouve une énumération des « questionnements » prétendument sans réponse en 1994, malgré un quart de siècle d'existence du système de soins.

- 1) On prétend « savoir peu de chose sur la manière dont le social agit sur le biologique »; l'étude de la pauvreté apparaissant même une des hypothèses explicatives à explorer (Dumont *et al.* 1994, pages 241-242). Ce qui débouche sur le constat combien attristant du *sous-investissement* dans la recherche sur ce sujet, au Québec. Comme si

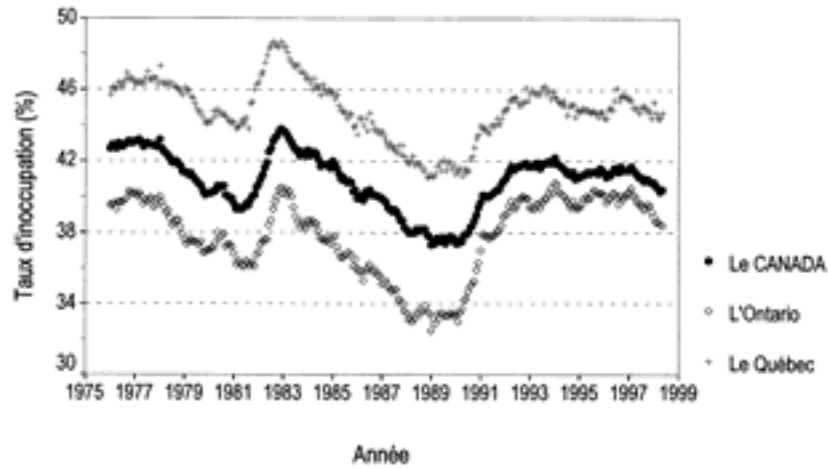
les millions investis annuellement en « connaissance-surveillance » n'étaient pas des investissements.

- 2) À propos de l'accessibilité aux services, on relève l'existence d'une confusion entre la non-disponibilité de services et l'accès à des services de qualité (Dumont *et al.* 1994, page 225). Pourtant la clarté de ces deux caractéristiques, mutuellement exclusives de notre système, relève de l'évidence. Par contre, la confusion entre l'universalité des services et l'accessibilité aux services demeure entière. En effet, au Québec tout malade peut se faire soigner à n'importe quel endroit où existent des services disponibles. Or, ces services sont garantis de qualité.
- 3) On relève également la persistance des inégalités de santé malgré les investissements considérables qui ont été réalisés dans le système de soins (Dumont *et al.* 1994, pages 223-224). La réponse à ce questionnement est pourtant simple : lorsqu'on investit dans un système de soins, on n'investit pas nécessairement dans un système de santé ayant pour fonction de réduire les inégalités sociales. On peut même, en le sachant ou non, faire exactement le contraire. Mais dans le contexte où cette cause universellement connue de la morbidité a été ravalée au rang d'hypothèse à démontrer, alors...
- 4) Dans le même ouvrage, on prétend également que « l'espérance de vie suit très fidèlement les courbes du revenu, de la scolarité et de la profession » (Dumont *et al.* 1994, page 232). Cette généralisation, effectuée à partir d'un exemple, est objectivement fautive et démontre que les faits de la réalité n'ont pas été étudiés.

Par ailleurs, dans le contexte où il n'y a pas lieu de dissocier l'état de santé des populations et leur niveau de développement économique, on pourrait quand même croire qu'en sacrifiant ceux de plusieurs régions, le Québec, comme ensemble, ait pu en retirer quelque bénéfice. Au terme de trente années d'application d'une politique économique centralisatrice, quels fruits le Québec en retire-t-il? Tout au long de la Révolution tranquille, peut-on déceler les traces révélatrices d'une amélioration de la situation du Québec par rapport à celles de l'Ontario et du reste du Canada? Eh bien non!

Comme cela se vérifie pour les régions en désintégration, l'écart entre le taux d'inoccupation du Québec et celui des deux autres populations – Ontario et Canada – est demeuré chroniquement stable de 1976 à aujourd'hui selon les données de Statistique Canada (graphique 30). La domination économique exercée sur le Québec par le reste du Canada et en particulier par l'Ontario est demeurée extraordinairement constante,

GRAPHIQUE 30
Évolution mensuelle du taux d'inoccupation du Québec,
de l'Ontario et du Canada entre 1976 et 1998



comme c'était déjà le cas à la fin des années 1960. L'évolution comparée du taux d'inoccupation mesuré mensuellement, de 1976 à aujourd'hui pour chacune des trois populations, le confirme éloquemment.

LES PROPHÉTIES DU D^r ROCHON

Dans le contexte de la réforme administrative qui a cours actuellement, le gouvernement québécois vient de réaliser de substantielles coupes budgétaires dans le réseau de santé et de services sociaux, en même temps qu'il entreprend d'importants réaménagements normatifs visant à rééquilibrer la répartition des ressources de santé et de services sociaux entre les régions en fonction du niveau de besoin de leur population respective. L'objectif qui ressort des paramètres ministériels mis de l'avant actuellement ou antérieurement consiste à utiliser la répartition des enveloppes budgétaires entre les régions pour *réformer* la consommation des populations régionales jugée non conforme au niveau de besoins qui leur est assigné.⁸⁴ Pour atteindre cet objectif, on propose

⁸⁴ Pour se convaincre de la justesse d'un tel énoncé, il suffit de consulter les travaux ministériels sur l'allocation de ressources. Les critères proposés en 1995 suggéraient, par exemple, que par rapport au Québec (base 100), les besoins en santé physique de

des indicateurs de besoin à utiliser comme critères de répartition des ressources entre les régions.

Dans ce contexte, deux points de vue s'opposent. Selon le premier point de vue, le niveau de consommation des populations régionales serait principalement fonction du niveau de ressources disponibles pour ces populations. Certaines consomment plus de services parce qu'elles disposent, toute proportion gardée, de plus de ressources dans leur territoire, alors que d'autres en consomment moins pour la raison inverse. Selon ce point de vue, le haut niveau de consommation de services constaté dans certaines régions serait forcément et logiquement attribuable aux appétences, aux désirs, aux caprices des consommateurs et au laxisme des agents du réseau de services. La propension à moins consommer d'autres populations serait essentiellement attribuable à la rareté de ressources disponibles dans leur région d'appartenance. Dans une telle optique, l'expression « besoin de populations » devrait être considérée de façon toute relative : il y aurait, dès lors, justification pour imprimer une tendance visant à allouer les ressources de façon à peu près uniforme entre les régions.

À contrario, selon les résultats étayés dans cet ouvrage, le niveau de consommation de services des populations régionales – sans égard à la région où les services sont consommés – est l'expression de leur niveau de besoin. Certaines populations régionales consomment plus que d'autres parce que leur population est plus en besoin, c'est-à-dire plus malade que d'autres, sans égard au niveau de ressources disponibles sur leur territoire. Le mot *besoin* réfère donc essentiellement et par définition à des « services jugés nécessaires à l'existence des personnes qui y ont recours ou à la restauration de leur santé », plutôt qu'aux désirs, caprices ou appétences. Des services nécessaires auxquels les usagers de toutes les régions doivent avoir accès sous peine d'en mourir ou de voir leur situation davantage compromise.

Ainsi, dans la mesure où cette dernière interprétation est *fondée dans la réalité*, contrairement à la précédente, et dans le contexte où les

la Gaspésie se situent à 103 et ceux de Laval à 82, soit une différence d'environ 20 % dans la consommation attendue. En 1997, le Ministère propose un indice où la Gaspésie représente 121 et Laval 86, soit une différence d'environ 35 % dans la consommation attendue des deux régions. L'écart de consommation *réel* per capita entre les deux régions varie du simple au double. L'application des critères proposés aurait, par définition, pour effet de raboter le niveau de consommation de la population de la Gaspésie jusqu'à l'atteinte du niveau de besoin prescrit. Parallèlement, la population sous-consommatrice, Laval, se verrait prescrire un niveau de besoin supérieur à sa consommation réelle.

indicateurs de besoin retenus pour allouer les ressources sont invalides en regard de cette réalité, l'application de « l'équité » équivaut à une opération administrative ayant pour effet de *réduire davantage* les ressources dans les régions où la population est plus en besoin, et, ce faisant, à *allouer davantage* de ressources aux populations les moins en besoin. Mais alors quel critère choisir pour répartir les ressources entre les régions?

En fonction de l'ensemble des vérifications antérieures et de celles contenues dans cet ouvrage, nous serions naturellement enclins à recommander l'utilisation du *taux d'inoccupation couplé à un indicateur de la structure d'âge* des populations régionales. L'essentiel de cette recommandation a été réitéré à maintes reprises depuis 1986, et ce, par plusieurs organismes⁸⁵ s'intéressant à l'allocation de ressources publiques dont celles du secteur de la santé.

Les faits et les motifs alors évoqués apparaissaient déjà suffisants pour justifier ce changement majeur d'orientation en matière de répartition des fonds publics. Des régions entières, caractérisées de façon chronique par un manque relatif d'emploi, se vidaient des jeunes qui assurent, à la fois, le renouvellement de la population, le dynamisme économique et le maintien d'un marché local ou régional. Ce manque d'emploi entraîne et reflète la pauvreté de ces populations; il y assure aussi la présence d'un ensemble de caractéristiques sociales défavorables, aussi connues qu'indésirables, associé à ces conditions.

Ces constats tombent sous les sens et sont directement préhensibles dans les systèmes d'information d'usage courant. Ils se sont pourtant butés à une autre évidence : *une fin systématique de non-recevoir*. Néanmoins, le ministre de la Santé et des Services sociaux a déjà mentionné en assemblée publique sur la répartition du financement de la santé que le taux d'inoccupation serait « l'indicateur du futur ». Les résultats de nos travaux décrivent cette mesure du manque relatif d'emploi non seulement comme un indicateur du futur, mais plutôt comme la mesure de la *cause* qui explique à la fois la pauvreté des populations régionales, leur désintégration démographique, leur niveau de morbidité et les coûts de services en découlant. Ceci, au *passé*, au *présent* comme au *futur incertain*.

⁸⁵ Parmi les instances qui ont reconnu la pertinence du taux d'inoccupation, on peut notamment mentionner : la Régie régionale du Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Régie régionale de l'Outaouais, le Conseil des affaires sociales et de la famille et la Commission sur l'avenir des municipalités (v. bibliographie).

Sachant maintenant que le TI mesure ce qui engendre et entretient la morbidité des populations régionales, on pourrait aussi le considérer comme la mesure, le critère qui permet d'apprécier et même d'expliquer le faible rapport entre les *objectifs* fondamentaux de la Loi sur la santé et les services sociaux et les *résultats* atteints en matière de réduction des écarts de morbidité entre les populations après trente ans d'un régime public de santé. Pendant près de la moitié de ces années, le régime relevait pourtant d'un ministère ayant nom « ministère des Affaires sociales ».

Le taux d'inoccupation, comme critère, permettra de mieux comprendre la raison pour laquelle le régime de santé du Québec peut être qualifié de « régime malade ». Pour repousser les recommandations réitérées de répartir les ressources entre les territoires selon le TI, les agents du régime ont à maintes reprises affirmé que « la santé ne crée pas d'emplois » et que le ministère de la Santé et des Services sociaux « n'a pas à se préoccuper de développement économique ». À la lumière de cet ouvrage, on comprendra pourquoi et comment, en ne tenant pas compte de la répartition du non-emploi entre les populations, le régime de santé n'a jamais véritablement cessé d'entretenir l'incidence de la maladie dans les régions! Or cette pratique, dès lors qu'on en connaît les aboutissants, va dans le sens contraire des objectifs que le régime veut et prétend poursuivre. Ainsi, au pays du « meilleur système de santé au monde », en matière de politique sociale, on constate que tout ce qui n'a pu être réfuté touchant les impacts des disparités d'emploi sur la santé et le bien-être des populations a été systématiquement *ignoré*.

Par contre, les convictions acquises qui invitent à recommander l'utilisation du TI comme indicateur pour répartir les ressources de santé entre les régions se relativisent devant une question pour laquelle nous n'avons pas de réponse : « Est-il trop tard? » Cette question compte sans doute parmi les arguments que seront tentés d'utiliser ceux qui ont – par décision ou indécision – aidé à faire en sorte qu'il soit peut-être trop tard. Ce questionnement, qui pourrait paraître encore une échappatoire valable à ceux qu'une telle situation indiffère ou avantage, est un cul-de-sac. Car, quoi qu'il en soit, cette réalité demeure inscrite de façon indélébile dans les données de population qui témoignent, plus que tout discours, des résultats découlant des moyens utilisés pour atteindre les objectifs qu'on a toujours prétendu poursuivre. Éventuellement, il pourrait s'avérer d'intérêt de commenter ce que recèle l'expression « trop tard » en tant que résultat désormais inévitable des choix délibérément arrêtés et maintenus.

LE TAUX D'INOCCUPATION : L'INDICATEUR DE CE QUE L'AVENIR NOUS RÉSERVE

Les matières traitées dans ce passage s'inscrivent dans le prolongement des sixième et septième chapitres sur les idéologies et les discours traitant de la désintégration des collectivités du Québec.

Comme nous l'avons vu, lorsqu'on considère l'état de santé des populations à l'échelle des systèmes sociaux, la réalité couverte par le concept déborde très largement les sujets limités au bon fonctionnement des systèmes organiques. En sont indissociables également les sujets tels la pauvreté des populations, leur capacité de reproduction naturelle, le tout dépendant d'une cause commune mesurée par le niveau d'emploi. Dans ce contexte, au-delà d'une boutade disposant d'un irritant gênant aux plans administratif et politique, l'énoncé du ministre de la Santé voulant que le taux d'inoccupation soit « l'indicateur du futur » n'en est pas moins prophétique, car il s'inscrit d'emblée dans la logique des faits porteurs de grands changements historiques. À cet égard, la théorie du problème a été bien décrite par un économiste réputé dans *l'État aux orties* (Chossudovsky, 1996).

LA THÉORIE DU PROBLÈME

Les perspectives avancées par Chossudovsky donnent lieu de croire que de tous les indicateurs économiques connus, le taux d'inoccupation serait appelé à atteindre des sommets encore inégalés :

« LA SOUVERAINETÉ DES CRÉANCIERS

« Je pense que nous vivons une fausse conscience, car les économistes et la classe politique sont unis dans un consensus : celui du néolibéralisme. Ce consensus est, en fait, partagé par tous les partis politiques; autant par les partis conservateurs que par les partis qui se réclament de la social-démocratie. Et ce consensus est un mensonge, une manipulation des réalités économiques et sociales.

« Il importe de comprendre que l'objectif qui nous est proposé, par nos gouvernements, au niveau fédéral, au niveau provincial, de même qu'aux pays du tiers monde qui subissent cette thérapie économique déjà depuis plus de 10 ans, c'est d'atteindre une relance de l'économie par l'entremise de la récession, en paralysant l'économie, en mettant à pied des travailleurs, en coupant l'emploi. C'est une logique implacable, qui consiste à minimiser l'emploi, à mettre des gens dehors, à sabrer dans les acquis sociaux, parce que cette logique exige la minimisation des coûts de production, donc des coûts de main-d'œuvre pour l'entreprise, et c'est une logique qui s'applique aux niveaux national et international.

« Désormais, aucun pays, aucun secteur n'est épargné par ce processus. Il va sans dire qu'il se fait au nom de l'efficacité, mais il contribue du même coup à une compression spectaculaire du niveau de vie, parce que si vous minimisez les salaires et vous réduisez l'emploi, vous détruisez la société, vous détruisez les personnes qui occupent ces postes de travail.

« On nous présente une fausse logique. Il faut bien comprendre que si on réduit le déficit budgétaire, objectif annoncé par le Parti québécois et par le gouvernement fédéral, on ne solutionne aucunement le problème de la dette publique.

« On ne règle pas une crise économique par la ruine, par des mises à pied de contribuables, parce que la " solution " qui est préconisée devient la cause du déficit budgétaire. Ce n'est pas une relation de comptabilité ménagère; il y a des mécanismes économiques en arrière de ce processus budgétaire. L'élimination du déficit budgétaire, qu'on le fasse en deux ou en quatre ans, signifie non seulement des mises à pied et des entreprises poussées à la banqueroute, mais également une compression significative des revenus de l'État. La solution devient la cause de l'endettement de l'État : plus on coupe, plus on met des gens dehors, plus on diminue les salaires, plus on déstabilise les marchés, plus on pousse les petites et les moyennes entreprises dans l'abîme; et plus les entreprises vont déduire des pertes, plus les dettes du secteur privé seront transférées à l'État et plus la dette augmentera. D'ailleurs, nous l'avons bien vu, toute la gestion des années 1980 est de ce type; elle consiste à réformer par la ruine, à détruire. Cette destruction des acquis sociaux affecte la capacité productive et réduit du même coup les rentrées fiscales. Conséquence : la dette publique augmente.

Les économistes – de manière presque unanime, mais ça ne veut pas dire qu'ils ont raison – ont contribué, par l'entremise de l'idéologie néo-libérale, à fausser les véritables enjeux et à présenter cette crise comme quelque chose de cyclique, comme un phénomène transitoire. »

CHOSSUDOVSKY (1996), pp. 63-64

Dans le contexte des systèmes sociaux, ces propos suggèrent qu'on devrait assister, par le truchement du manque croissant d'emploi, à une montée continue, progressive et interrompue de toutes les manifestations connues du désespoir et de la misère des populations touchées, morbidité incluse.

Continuant dans une perspective évaluative, cet auteur va plus loin que la simple description des nouveaux processus qui s'enclenchent progressivement et dont les effets sont de plus en plus manifestes au sein de la société civile; il met aussi en exergue la nature des responsabilités impliquées :

« LE RÔLE DE L'ÉTAT

« Il faut comprendre que cette gestion répond à une " souveraineté " qui n'est pas celle des peuples, mais bien celle des créanciers. C'est la souveraineté des créanciers de l'État, la souveraineté des marchés financiers, la souveraineté des grandes banques. Elle s'exerce grâce à une mainmise directe sur l'État, par une tutelle des entités financières sur l'appareil politique. Par conséquent, ce ne sont plus les peuples ou les citoyens qui décident, mais les créanciers qui sont les véritables maîtres. Dans cette transformation, la classe politique au pouvoir est appelée à jouer un autre rôle : soumise, elle se comporte davantage en bureaucratie. Elle entretient des rapports étroits avec les dirigeants financiers. Elle crée une situation où les provinces se retrouvent autonomes et " souveraines ", mais laissées à leurs propres moyens, chacune de ces provinces est aussi soumise aux diktats des marchés financiers. »

CHOSSUDOVSKY (1996), p. 66

Dans la perspective décrite, la classe politique gouvernementale et administrative aurait donc perdu tout intérêt pour les questions relatives à la nécessité politique de *faire les bonnes choses*. Est politiquement bon ce qui coûte moins cher et qui est fait efficacement, sans égard aux effets de nature sociale et politique, tels la production du chômage, de la pauvreté, du suicide, de la désintégration démographique des populations locales et régionales et de la maladie.

Or, c'est effectivement ce qui a été constaté au cours des trente dernières années au Québec. Cette proposition, à notre point de vue, est elle-même porteuse du plus grand danger susceptible de confronter la société civile dans le futur immédiat. Ce danger est celui de jeter *l'État aux orties* en déduisant que l'État n'est plus nécessaire *du fait que le nôtre n'a pas assumé son rôle d'État*, c'est-à-dire, d'abord et en premier lieu, de faire les bonnes choses. Ce qui aurait impliqué de faire passer au premier plan la fonction parlementaire et décisionnelle par opposition à la fonction gouvernementale et exécutive. La nature du péril est clairement exprimée dans la citation suivante :

« Une autre question essentielle se pose également : la légitimité d'une classe politique qui perd ses liens avec la société civile, mais qui entretient de nombreux liens avec les créanciers. Nous devons la remettre en question. »

CHOSSUDOVSKY (1996), p. 68

DES ÉVÉNEMENTS QUI CORROBORENT LA THÉORIE

La fin de l'année 1997 fut marquée d'un événement capital inattendu et déterminant pour qui se préoccupe de l'état de santé futur des populations régionales du Québec; un événement qui passa probablement inaperçu pour nombre de spécialistes québécois œuvrant dans ce secteur de l'activité gouvernementale et plus spécifiquement pour ceux qui, dans ce domaine de connaissance, en sont venus à ne considérer la santé que sous l'angle budgétaire et sectoriel, ou à ne percevoir la santé des populations qu'à travers la mesure de leur espérance de vie.

Une agence de *Wallstreet*, la firme de cotation américaine *Standard & Poor's*, diffusait ses pronostics pour la première décennie du troisième millénaire touchant les perspectives économiques des vingt-cinq plus grandes agglomérations canadiennes, des pronostics annonciateurs de conséquences graves pour le niveau de besoin des populations régionales du Québec. Sur ces pronostics, un texte du journaliste Terrance Wills du Quotidien Montréalais *The Gazette* (30 décembre 1997) nous apprenait qu'une région en particulier, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, verrait son taux d'emploi croître modestement, alors que les programmes sociaux continueraient d'y être compressés, entraînant l'exode des jeunes en quête d'emploi. Nombre de commentateurs québécois s'empressèrent de qualifier cette manchette de geste délibéré de « terrorisme politique ». Ceci a d'ailleurs suffi à étouffer cette flambée médiatique et à rétablir dans maints esprits la quiétude qui sied aux réjouissances du temps des fêtes.

Par contre, pour qui s'intéresse à connaître la santé des populations à travers les faits de réalité plutôt qu'à travers les discours empruntés à la littérature, cet événement est porteur d'une tout autre interprétation que celle qui a cours dans les milieux administrativement délimités. Une interprétation qui, selon toute vraisemblance, a échappé à nombre de commentateurs en service commandé. En effet, il n'était pas sans intérêt de constater que, pour juger de la solvabilité économique des États et de leur capacité de rembourser leur dette publique extérieure, la « très écologique » *Standard & Poor's* utilise les mêmes standards que ceux que nous préconisons depuis nombre d'années pour évaluer le niveau de besoins des populations : *les disparités de l'emploi disponible* et *les effets de ces disparités sur l'exode des jeunes*.

Cela n'a rien de surprenant pour qui réalise, qu'à l'évidence, c'est la population des États qui, seule, peut rembourser les dettes de ces États et spécifiquement *la population en âge de travailler*. Cette capacité est elle-même fonction de la taxation et de l'imposition des *revenus du*

travail produit par cette population. Et lorsque ces deux ingrédients essentiels du remboursement de la dette publique viennent à manquer dans les régions, alors celles-ci ne peuvent plus, par la force des choses, ni contribuer à ce devoir national ni assurer à leurs citoyens les conditions d'acquisition autonome « des choses nécessaires à leur existence qu'ils doivent se procurer par de l'argent ».

Une lecture attentive des énoncés de *Standard and Poor's*⁸⁶ permet aussi d'apprendre :

- ◆ que, paradoxalement, les compressions dans les programmes sociaux sont créatrices de chômage. Paradoxalement, car un tel énoncé va en sens contraire du discours de ceux qui n'ont pas réalisé après trente ans que les 12 milliards \$ de masses salariales récurrentes dépensées annuellement en santé sont des déterminants du niveau d'emploi des populations. Ceci contredit les discours de ceux qui continuent d'affirmer que : « La santé ne crée pas d'emploi. » Bref, on apprenait que les spécialistes de *Wall Street* ne perçoivent pas les phénomènes économiques et sociaux de façon aussi hermétique que plusieurs « publics servants » œuvrant dans le secteur dit « des affaires sociales » au Québec.
- ◆ que, pour les années futures, le secteur privé ne pourrait reprendre la relève du secteur public en déclin. Dans ce contexte, les compressions budgétaires en cours constitueront, pour plusieurs populations régionales situées à l'est de la région montréalaise, l'équivalent de couler le navire qui les supporte.
- ◆ que, contrairement aux commentaires qui ont fait les manchettes, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, en particulier l'agglomération Chicoutimi–Jonquière, n'est pas la seule région engagée dans ce processus. Le sont aussi les régions comprenant les grandes agglomérations de Québec, de Trois-Rivières et de Sherbrooke. Quant aux autres régions telles l'Abitibi-Témiscamingue, la Gaspésie, le Bas-Saint-Laurent et la Côte-Nord, leur sort ne fait même pas l'objet d'une attention, leur déclin étant plus qu'évident depuis des décennies.

⁸⁶ Les énoncés fondant ces affirmations sont extraits des articles produits par les deux collaborateurs du journal *The Gazette* qui ont écrit sur le sujet : Beauchesnes, le 29 décembre 1997, et Wills, le lendemain. En effet, le rapport original de 157 pages n'a pu être obtenu pour consultation en raison de son prix établi à 2400 \$; un prix qu'on ne peut donc vraisemblablement qualifier de modique. Nous nous en sommes donc tenus aux propos et citations des deux commentateurs susmentionnés.

- ◆ que, même la région de Montréal, qui fut désignée dès les années 1960 comme le pôle d'attraction des régions du Québec, subissait désormais l'attraction inexorable de Toronto. Le Québec, comme région canadienne, devient ainsi, par rapport à la Métropole ontarienne, l'équivalent de ce que furent les régions du Québec par rapport à Montréal.

Bref, on apprenait ainsi que les prévisions soumises à diverses instances québécoises entre 1986 et 1991⁸⁷, prévisions jugées pessimistes à l'époque, se réalisent. On apprenait que les faits, qui justifiaient des mises en garde sans cesse réitérées et restées sans réponse, n'ont pas échappé à l'œil vigilant et intéressé de certains observateurs étrangers. Pour ceux-ci, semble-t-il, les intérêts politiques à court terme et les discours qu'ils requièrent pour nier des faits lourds de conséquence relèvent plus de l'éphéméride que d'une prise en considération de facteurs vitaux pour l'avenir des nations, pour leur solvabilité et pour le remboursement de leurs créances.

Ce verdict, qui a le mérite d'être de l'étranger, pourrait en principe susciter sinon des changements du moins quelques interrogations concernant le discours idéologique qui prévaut actuellement au Québec en matière de *gestion des populations* et en particulier de leurs besoins, de leur santé, de leur bien-être et de leur lendemain.

Conformément à la vision pluraliste qui préside aux décisions sur des enjeux nationaux, on doit s'attendre à ce que les pertes d'emploi résultant de l'application de critères inéquitables pour répartir les ressources de santé entre les régions accroîtront les disparités régionales et même interprovinciales (v. graphique 30), accroissant ainsi, par voie de conséquence, la pauvreté et la morbidité dans les populations les plus affectées.

Dans le contexte induit de privatisation des activités gouvernementales – où les compagnies d'assurance et le secteur privé prendraient éventuellement la relève du rôle financier de l'État de plus en plus laissé vacant – on devrait voir, contrairement à ce qui prévaut actuellement, le montant des primes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation établi en fonction du risque de devenir malade. Comment alors envisager l'avenir des citoyens de l'ensemble des régions confrontées au fait que le montant de leur prime sera inversement proportionnel à leur capacité de s'en payer une? En effet, le risque d'être malade varie du simple au

⁸⁷ Pour plus de détails : v. Côté (1991), Conseil des affaires sociales et de la famille (1986) et Union des municipalités du Québec (1986).

double entre les régions. Or, le risque est élevé justement dans les régions où le manque d'emploi engendre les plus bas revenus moyens. On retrouvera ainsi sur les mêmes territoires *les plus hauts risques* et les plus faibles capacités collectives et individuelles d'assumer ce risque.

Telles sont les perspectives d'avenir de *l'industrie* de la santé québécoise lorsque celle-ci retournera au secteur privé et que la santé des populations cessera d'être considérée comme la catégorie budgétaire d'un programme gouvernemental, comme cela était avant la Révolution tranquille, époque où l'on comptait davantage sur la réduction de la pauvreté pour améliorer la santé des populations que sur le développement des nouvelles technologies. Ce jour, l'État n'aura plus les moyens d'accorder à quiconque ce qu'il n'aura jamais eu l'audace de refuser à ceux qui – plus habiles ou plus près des centres de décision – auront su inventer des discours faisant prévaloir leurs intérêts à court terme sur celui des autres, ou sur l'intérêt à long terme de l'ensemble.

Conclusion

« Je refuse de parler avec toi si tu ne remplis pas tes mots d'une signification qui ne saurait être confirmée ou démentie. Je ne saurais lutter contre cette gelée qui change de forme... tu n'as point de langage pour me dire ce vers quoi s'efforcent les hommes. »

ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY

« Parmi tous ceux qui font profession d'être insupportables, le chercheur de la vérité est certainement parmi les plus désolants. »

PIERRE MAC ORLAN

CONCLUSION

Au-delà des faits systématiques mis en évidence par cet ouvrage, qu'y trouve-t-on de véritablement utile? En matière de politique sociale, les institutions politiques et administratives, par les moyens utilisés, maintiennent un cap inflexible sur des résultats diamétralement opposés aux objectifs prescrits par la Loi. Dans un tel contexte, cet ouvrage contredit une certaine conception de l'ordre public; il sera donc perçu comme une nuisance par ceux qui, sciemment, endossent les orientations relatives à l'usage de ces moyens et aux résultats évidents qui en témoignent.

L'ouvrage a cependant d'autres utilités qui logent du côté des préoccupations scientifiques et morales. À cet égard, notre conclusion tient en peu de mots. Au Québec, le problème ne consiste pas à mal faire les bonnes choses; il consiste précisément à *bien faire les mauvaises choses*. Le problème n'est pas l'inaptitude à réaliser ou exécuter; il s'inscrit plutôt à l'échelon intermédiaire qui consiste à articuler les principes et les objectifs louables aux moyens qui conviennent pour les atteindre. Le problème se situe dans *l'art de choisir et de décider* ce qu'il faut faire pour concrétiser les objectifs louables. Il s'agit donc explicitement d'un *problème de méthode*, par opposition à la multiplicité des problèmes techniques rencontrés pour atteindre des objectifs.

Dans la réalité, le fait de maintenir, ou pire, d'entretenir les inégalités sociales est généralement perçu comme un fléau en raison des torts multiples, graves et irréparables qu'elles créent aux hommes et aux femmes qui en subissent les effets. Conséquence dérivée de cette réprobation naturelle, l'étude scientifique des inégalités peut laisser l'impression que ceux qui s'y adonnent se complaisent à manipuler froidement et sans compassion ce qui fait souffrir. Il est, par conséquent, bien vu – et d'usage courant – de traiter de l'objet de la souffrance humaine en s'apitoyant sur le sort de chacun, même si ces travaux contribuent à laisser intacts les mécanismes qui créent cette souffrance.

Cet ouvrage tranche radicalement avec cette dernière manière de faire. Notre propos n'a pas été de faire preuve d'une commisération

d'office en exhibant les manifestations individuelles de la misère humaine. En effet, ces manifestations peuvent être considérées, en grande partie, comme le résultat de gestes *commis ou omis*, gestes qui, eux, appellent l'attention. Notre préoccupation a donc consisté à identifier les causes objectives et structurelles qui engendrent ces manifestations, pour le bénéfice de tous ceux qui s'en soucient ou qui ont pour fonction de faire échec à ce qui produit cette misère. À l'échelle des populations, ces causes sont de deux ordres. Elles impliquent, en premier lieu, les *décisions humaines* qui activent des processus naturels. Elles concernent, en second lieu, les processus naturels eux-mêmes. C'est là que s'étudient les relations de causes à effets. Ces effets impliquent des rapports de causalité entre l'emploi, la pauvreté, la morbidité et les flux migratoires. On y trouve un ensemble de phénomènes interreliés en système et mettant en jeu ce qui est nécessaire à l'existence même des collectivités.

LES PROCESSUS NATURELS

Au plan scientifique, pris distinctement de l'intérêt des citoyens qui subissent la réalité, le maintien et l'accroissement des inégalités sociales s'avèrent une opportunité irremplaçable et inespérée. En effet, plus les clivages entre les collectivités sont considérables, plus facile devient l'analyse des processus qui les créent. Cette analyse est d'ailleurs facilitée lorsque les disparités sont apparentes, répétitives et systématiques. Par définition, une société égalitaire ne se prêterait guère à l'étude des inégalités sociales.

Or, les inégalités, qui se vérifient systématiquement entre les régions du Québec, permettent de démontrer des vérités que beaucoup perçoivent intuitivement et même parfois constatent dans la vie courante et professionnelle : la *rareté d'emploi* crée la *pauvreté*; ces deux premiers facteurs déterminent le *niveau de morbidité* des populations; les disparités d'emploi entre les populations engendrent la *désintégration démographique*. N'importe lequel de ces quatre éléments, faisant partie d'un même système, suffirait pour poser un diagnostic sur l'état de santé des populations régionales du Québec.

L'état de santé des populations est, par essence, un concept fort différent de celui qui se vérifie à l'échelle des individus. À l'échelle des populations, lorsque l'état de santé collectif est détérioré, le véritable maître d'œuvre d'une amélioration ou d'une détérioration est l'État.

LE PASSÉ POUR ÉCLAIRER LE PRÉSENT

Malgré les discours qui prétendent le contraire, il est un fait de réalité que depuis au moins trente ans aucune action gouvernementale n'a été entreprise et donc n'a eu d'effet significatif ou même perceptible sur le redressement des disparités interrégionales de l'état de santé au Québec. Cela se vérifie en matière de développement régional, de réduction de la pauvreté, de stabilisation des populations dans leur milieu et de réduction de la morbidité.

La cause unique de cet état de fait : le seul moyen de nature à faciliter l'atteinte de tous ces objectifs à la fois est utilisé dans le sens diamétralement opposé. Par sa manière de répartir les fonds publics entre les collectivités, l'État n'a jamais cessé de maintenir, voire d'amplifier, les disparités interrégionales qui existaient déjà voilà plus de trente ans au Québec.

D'UN POINT DE VUE SCIENTIFIQUE

Cette situation s'explique elle-même par l'entretien de trois confusions ayant pour effet de justifier des choix politiques, conscients ou non, cela n'ayant aucune importance objective.

La première consiste à faire croire que les problèmes sociaux réfèrent aux *manifestations individuelles* qui découlent, en fait, d'insuffisances dont sont affectées les collectivités régionales comme telles, au-delà des individus qui les composent. D'après une conception généralement véhiculée, les faits sociaux et par conséquent les problèmes sociaux ne renvoient pas à un ordre particulier de phénomènes humains. Un peu comme si, à une autre échelle, les phénomènes propres aux espèces animales ne pouvaient être compris au-delà des événements qui affectent chaque individu.

De la sorte, et c'est là une seconde confusion, les rapports naturels de cause à effet entre les fonctions nécessaires à l'existence et au maintien des systèmes sociaux sont constamment ignorés et mis de côté. Cette ignorance contribue à masquer le rapport entre les effets vérifiables et les causes qui les engendrent. Elle masque aussi les rapports entre ces causes et les décisions administratives et budgétaires qui ont la propriété et l'ampleur requise pour activer et orienter le déroulement de processus naturels dans une direction vérifiable dans la réalité.

Partant d'une telle conception, est en troisième lieu maintenu un ensemble de fonctions sectorielles, disjointes, ayant comme rôle

d'intervenir pour minimiser les *conséquences individualisées* des problèmes sociaux. Ces fonctions ministérielles et administratives sont en grande partie palliatives, au sens où elles n'ont pas pour objet d'intervenir sur les problèmes sociaux à la source mais plutôt sur leurs conséquences individualisées. Ainsi, plutôt que de faire ce qu'il faut pour diminuer la morbidité des populations, on s'en tient uniquement à soigner les malades. Plutôt que d'équilibrer l'emploi pour réduire le niveau de pauvreté des populations, on s'en tient à développer des programmes d'assurance-chômage et d'aide sociale voués à dispenser le minimum vital aux individus confrontés au sous-développement chronique de la région où ils habitent.

Le suicide compte parmi les rares sujets échappant d'emblée à ce mode d'intervention de l'État. En effet, comme dans les autres domaines, plutôt que d'intervenir sur ce qui crée le désespoir chez les hommes et chez les femmes, on s'applique à tenir disponibles des services pour les désespérés. Mais en se donnant la mort, les suicidés se placent, de facto, hors d'atteinte des réseaux de services qui ne résolvent en rien les causes du désespoir. Compte tenu de cette caractéristique du suicide – elle échappe à la volonté d'intervention des tiers – on comprend mieux pourquoi les statistiques évolutives sur ce fait social restent et resteront *un témoin incontournable de la santé d'un système social*. À moins, bien sûr, qu'on ne se mette à trafiquer les données sur ce fait social...

Dans le système social du Québec, la pauvreté, la maladie, le déracinement et le désespoir appartiennent objectivement à *l'ordre des productions* au même titre que la production de matières premières telles les céréales ou la matière ligneuse. Cette matière première est ensuite traitée par des réseaux de services ayant pour fonction d'atténuer ou de guérir les maux... jusqu'à ce que le financement de cette industrie vienne à faire défaut.

PERSPECTIVES D'AVENIR

Nonobstant la réalité, si l'on s'en tient au discours de nos élites politiques corroboré par le silence de nos élites intellectuelles, le Québec serait promis à un brillant avenir! Les perspectives économiques qui s'offrent à lui dans le contexte de la mondialisation des marchés apparaissent des gages de profits considérables au plan financier. De façon concomitante, la réduction du déficit budgétaire de l'État, voire le remboursement de la dette publique, éviteront de reporter sur les générations futures les séquelles des pratiques administratives de la Révolution tranquille.

De façon paradoxale, ces pronostics apparaissent fondés sur une prémisse voulant que les populations de plusieurs régions du Québec cessent de constituer un fardeau pour l'État et pour les milieux financiers. Le tout s'inscrit dans un contexte où le travail humain cesse « progressivement » de constituer un moyen de production et donc une source de progrès. De même, de façon concomitante, s'étiolent les rapports de causalité apparents entre la disponibilité d'emplois pour les masses et les indicateurs du niveau de la croissance économique. Bref, le travail rémunéré devient progressivement le privilège du petit nombre.

En effet, l'extraction des matières premières et leur transformation en produits de consommation peuvent désormais être réalisées par des moyens technologiques requérant de moins en moins le concours des êtres humains. De surcroît, les formidables perspectives offertes par l'électronique dans le domaine du traitement, de la diffusion de l'information et des communications réduiront encore la nécessité du recours à l'intervention humaine. Seule la fabrication des discours fait exception en tant que type de production particulier. En effet, celle-ci échappe encore à l'empire de la machine pour l'instant. Plus l'écart se creusera entre la réalité qu'ils affrontent et le discours qu'ils entendent, moins les citoyens devraient être disposés à les écouter, ces discours, réduisant ainsi la demande pour leur production. À l'inverse, moins les citoyens disposeront d'information et d'instruments pour exercer quelque contrôle sur les décisions de ceux et celles qui gouvernent leur destinée, moins il sera nécessaire de justifier ces décisions sur la base de promesses discursives qu'il serait manifestement impossible d'honorer matériellement et politiquement.

Dans cette perspective, le sort des populations livrées à elles-mêmes apparaît d'un intérêt secondaire, sauf évidemment pour ceux et celles qui font partie de ces populations. Pour celles-ci, le travail ou la disponibilité d'emplois rémunérés demeure objectivement une nécessité *vitale* sur tous les plans : que ce soit au plan démographique, socio-économique, comme au plan biologique.

Sur la base d'un maintien de la trajectoire tracée au cours des dernières décennies, on distingue deux perspectives d'avenir pour le Québec; deux perspectives qui ne s'excluent pas mutuellement, ayant la propriété de coexister. Selon un premier point de vue, les populations existent au service des intérêts politiques, et ceux-ci, au service des intérêts financiers. Cette perspective a, semble-t-il, fondé les orientations de l'État au cours de la Révolution tranquille. Elle débouche maintenant sur une situation où l'existence même des populations rendues dépendantes, improductives et insolubles devient un fardeau écono-

mique qu'il faut supporter sous forme d'assistance sociale, d'assurance-chômage, de soins de santé, etc. Dans cette perspective, l'exode des jeunes – instruits de préférence – et des vieillards – riches de préférence – le suicide, la recrudescence de la mortalité et l'euthanasie logent objectivement du côté des *solutions* et non du côté des problèmes à résoudre.

Selon un autre point de vue, on voit des populations vouées à subir les conséquences multiples du non-emploi chronique dans un Québec hautement productif et affranchi des servitudes étatiques, l'État ayant progressivement disposé de son pouvoir de dépenser. Dans ce contexte, les générations futures et appartenant à ces populations seront épargnées de l'héritage de leurs prédécesseurs en regard du remboursement de la dette publique qu'elles n'auraient de toute façon pas les moyens de rembourser. À quelques rares exceptions, la majorité devrait être exclue du travail productif et rémunéré⁸⁸ et donc affranchie des charges publiques qui incombent aux citoyens contraints de payer des taxes et des impôts destinés au remboursement de cette dette. En revanche, d'autres nécessités plus concrètes et immédiates devraient retenir l'essentiel de leurs préoccupations : Quoi manger? Comment se vêtir? Où loger? Comment se chauffer, l'hiver? Comment stopper la progression d'une maladie afin de prévenir la mort? Comment se protéger contre les autres engagés dans la même quête? Autant de questions vitales sur lesquelles aucun discours n'aura de prise, le cas échéant.

QUE DOIT-ON FAIRE?

Les fonctions d'étude qui nous incombent s'inscrivent dans le cadre d'une loi dont nous endossons de cœur et d'office les objectifs, le plus déterminant étant celui qui vise l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des populations incluant la nôtre. Au terme d'un travail approfondi, mettant à profit toutes les données ministérielles sur l'hospitalisation au Québec depuis 1982, nous avons mis au jour non seulement une association mais un rapport de cause à effet entre le manque d'emploi – mesuré par le TI – et la morbidité des populations régionales. Une relation causale valant pour la majorité des problèmes de santé et pour l'ensemble des tranches d'âge. Ce rapport a été validé au plan théorique et vérifié au plan mathématique. Plus encore, il a été

⁸⁸ À qui trouverait tel énoncé excessif, il suffit de rappeler, par exemple, qu'en Gaspésie plus de 60% des personnes de 15 ans et plus sont hors l'emploi, et ce en 1998.

possible dans un modèle empiriquement testé de peser et de départager précisément la contribution explicative *des facteurs sociaux* et celle liée aux *caractéristiques du système de soins* lui-même (ressources, performance, organisation...). Il ressort clairement que l'influence des facteurs sociaux explique plus de 90 % des variations du recours aux services par les populations régionales. Curieusement, cette vérification empirique et systématique – basée sur des données concernant les personnes vivantes, mais malades – corrobore scientifiquement ce qu'à peu près tout le monde perçoit d'emblée dans son expérience personnelle, à savoir que la pauvreté économique crée les conditions d'émergence de la maladie.

Par contre, au plan du progrès de la connaissance, ces évidences nouvelles venaient s'emboîter de façon parfaite avec des constats antérieurement mis au jour sur les processus naturels en jeu au sein des populations (Côté, 1991). Dans cette optique, il devenait possible de distinguer, sémantiquement et syntaxiquement, le concept d'état de santé des populations du concept connu d'état de santé des individus. En regard des populations, la morbidité se pose comme l'une des dimensions qui, liée en système avec l'emploi, les flux démographiques et la structure d'âge, décrivent cet état de santé. Tous ces travaux mis ensemble vérifient l'existence *d'un fait social*, dont il serait téméraire de croire qu'il ne vaut que pour le Québec.

Cette tâche terminée, il importait de mettre ces *faits de réalité* en lien avec les *faits décisionnels* et les *faits du discours scientifique* qui permettent de comprendre pourquoi on n'assiste pas, au Québec, à une réduction des écarts d'état de santé entre les populations régionales. L'explication plausible, vérifiable et cohérente tient au fait du maintien dans le temps long d'une orientation qui a consisté à *centraliser* dans un territoire délimité l'essentiel des ressources humaines, financières et matérielles de la collectivité québécoise. Ceci a été fait, a priori, par le truchement d'une redistribution inégalitaire et machinale de la richesse collective entre les territoires. Voilà qui dispose à grands traits des principaux éléments du contenu de cet ouvrage.

Cet effort de vérité n'a cependant pas la propriété intrinsèque de changer le cours des événements. Seuls les femmes et les hommes compétents, qui y trouvent quelque vérité et qui le veulent suffisamment, peuvent faire les gestes qui permettraient de mettre fin à une orientation qui, de façon de plus en plus évidente, mène notre système social à un cul-de-sac et le destin de nos enfants à des lendemains incertains.

Pourtant, d'expérience, dans un Québec voué à tous les problèmes individuels et qui se dit émotivement « fou de ses enfants », nous

n'avons pas encore, après des années faites d'un travail de recherche et d'éveil, vu poindre la moindre décision qui laisse espérer que ce Québec n'en est pas un qui, objectivement, *se fout de ses enfants*.

ÉPILOGUE

Dans *La fin d'un règne* le sociologue Gérard Fortin écrivait, en 1971, « Ainsi s'inscrit très souvent, dans les programmes et les politiques de développement régional, une ambiguïté qui, sans doute, rend ces programmes rentables au point de vue électoral, mais les rend presque inefficaces. Il s'agit de l'ambiguïté entre programme de bien-être et programme de développement. Le programme de bien-être doit à court terme soulager sur place la misère ou la pauvreté. Comme tel, il ne s'attaque pas aux sources ou aux causes de la pauvreté, mais veut en atténuer les effets. Normalement de tels programmes devraient chercher à réhabiliter les individus ou les groupes soumis à la pauvreté, mais cela supposerait que les programmes de bien-être soient coordonnés avec les programmes de développement; ce qui en pratique n'existe pas actuellement. Ainsi pour efficaces que soient, à court terme, les programmes de bien-être, ils peuvent devenir très dommageables à moyen terme. En diminuant les manifestations de la pauvreté, ils ne s'attaquent pas aux causes réelles de cette pauvreté, de sorte que la situation globale s'en va lentement vers une impasse complète. »

NOUS Y SOMMES : ce bouquin s'intitule donc :

« Radiographie d'une mort fine »...

BIBLIOGRAPHIE

- AKYEAMPONG, E.B. 1996. *Une autre mesure de l'emploi*. L'emploi et le revenu en perspective, 8(4) : 9-15.
- ANSARI, A. 1993. *Prévision démographique des cohortes d'âge du Saguenay-Lac-Saint-Jean*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Chicoutimi. 7 pages.
- BARRIAULT, C. 1984. *Série : Portrait de santé de la région 01*. Département de santé communautaire, Hôtel-Dieu de Gaspé, Gaspé. [En 5 volumes.]
- BEAUPRÉ, M., M.-A. SAINT-PIERRE, J. BOURDAGES & N. HINS. 1995. *Statistiques MED-ÉCHO 1989-1990 à 1993-1994 : Les soins hospitaliers de courte durée au Québec*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 164 pages.
- BERNIER, Y. 1998. *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, collaborateur au Journal Le Monde Diplomatique.]
- BOUCHARD, G. 1994. *Bioéthique et génétique : Une réflexion collective*. Éditions JCL, Chicoutimi. 150 pages.
- BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. 1990. *Perspectives démographiques du Québec et de ses régions, 1986-2046*. Les Publications du Québec, Québec. 397 pages.
- CHEVALIER, S., R. CHOINIÈRE, M. FERLAND, M. PAGEAU & Y. SAUVAGEAU. 1995. *Indicateurs sociosanitaires : Définitions et interprétations*. Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa. 230 pages.
- CHIANG, A.C. 1967. *Fundamental methods of mathematical economics*. McGraw-Hill, New York. 689 pages.
- CHOSSUDOVSKY, M. 1996. In *L'État aux orties*, PAQUEROT, S. (sous la direction de), Les Éditions Écosociété, Montréal. 282 pages.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL. 1971. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Le développement*. Volume III, tomes 1 et 2. Gouvernement du Québec, Québec. 251 + 279 pages. [Rapport Castonguay-Nepveu.]
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE. 1986. *Mémoire à la Commission d'étude sur l'avenir des municipalités*. Québec. 16 pages.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES. 1989. *Deux Québec dans un : Rapport sur le développement social et démographique*. Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville, Québec. 124 pages.

- CONTANDRIOPOULOS, A.-P. & L.-H. TROTTIER. 1995. *Rapport du comité sur l'allocation interrégionale des ressources*. Audiences tenues à l'Hôtel Château Bonne Entente, Québec, du 9 au 12 octobre 1995. 32 pages.
- CÔTÉ, C. 1980. *Évaluation des politiques et des programmes du MAS – constats généraux, document no 6*. Ministère des Affaires sociales, Québec. 25 pages.
- CÔTÉ, C. 1982. *La répartition des ressources sociosanitaires : Impact sur les variables sociosanitaires et sur la migration*. Ministère des Affaires sociales, Québec. 53 pages.
- CÔTÉ, C. 1991. *Désintégration des régions : Le sous-développement durable au Québec*. Éditions JCL, Chicoutimi. 261 pages.
- CÔTÉ, C. 1994a. *Simulation d'une compression théorique de \$100 millions entre les régions sociosanitaires du Québec*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Chicoutimi. 47 pages.
- CÔTÉ, C. 1994b. *Validation de la relation entre le niveau de dépenses en santé physique et les balances commerciales à l'échelle intra-régionale*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Chicoutimi. 16 pages + annexes.
- CÔTÉ, C. & C. BARRIAULT. 1988. *Les disparités entre les populations en besoin et la répartition géographique des ressources disponibles.*, Gouvernement du Québec, Québec. 200 pages. [Annexe thématique au rapport de la commission Rochon.]
- CÔTÉ, C., D. LAROUCHE & D. MARTIN. 1994. *Fondements et principes de la répartition des fonds publics entre les collectivités : Le cas des dépenses en santé et services sociaux*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Chicoutimi 11 pages.
- CÔTÉ, C., D. LAROUCHE & H. SAVARD. 1996. *Le niveau d'emploi, la consommation de services et l'état de santé des populations : Résumé de quelques constats de recherche*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Chicoutimi. 22 pages.
- CÔTÉ, C., D. LAROUCHE & H. SAVARD. 1997. *La consommation des services de santé et le sous-développement économique régional : Sommaire des résultats*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Chicoutimi. 7 pages.
- CÔTÉ, C., D. LAROUCHE & M. BOUDREAULT. 1996. *La mesure de la pauvreté : Le taux d'inoccupation vs l'incidence de faible revenu*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Chicoutimi. 16 pages.

- CÔTÉ, C., D. LAROUCHE, M. BOUDREAULT & H. SAVARD. 1996. *Présentation de la Régie régionale 02 au comité MSSS-Régie sur l'allocation des ressources*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Chicoutimi. 36 pages.
- CÔTÉ, C., M. BOUDREAULT & D. LAROUCHE. 1995. *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*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Chicoutimi. 34 pages.
- CÔTÉ, R. 1993. *Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale : 1982-1983 à 1991-1992*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 70 pages.
- DUMONT, F., S. LANGLOIS & Y. MARTIN (Sous la direction de). 1994. *Traité des problèmes sociaux*. Institut québécois de recherche sur la culture, Québec. 1164 pages.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. 1993. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Lois refondues du Québec, Chapitre S-4.2, 2 septembre 1993.
- GROULX, L. 1974. *Mes mémoires*. Tome IV. Fides, Montréal. 459 pages.
- HAINCE, S. & G. PELLETIER. 1992. *La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RSS (Version 18 régions) pour la période 1981 à 2006*. Québec. Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 448 pages.
- HIGGINS, B., F. MARTIN & A. RAYNAULD. 1970. *Les orientations du développement économique régional dans la province de Québec*. Rapport soumis au ministère de l'Expansion économique régional, Ottawa. 156 pages + appendices.
- HOOVER, E.M. 1971. *An introduction to regional economics*. A. Knopf, New-York. 395 pages.
- KERLINGER, F.N. & R. PEDHARZUR. 1973. *Multiple regression in behavioral research*. Holt, Rinehart and Windsor, New-York. 534 pages.
- KMENTA, J. 1971. *Elements of econometrics*. Macmillan, New-York. 655 pages.
- LAROUCHE, D. 1994. *La base de la répartition des ressources dans le domaine de la santé et des services sociaux*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Chicoutimi. 14 pages.
- LAROUCHE, D. 1995. *L'allocation des ressources de santé et de services sociaux : L'utilisation du taux d'inoccupation*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Chicoutimi. 27 pages.

- MATHEWS, G. 1996. *L'avenir démographique des régions : Analyse critique et implications des plus récentes perspectives démographiques du BSQ*. Recherches sociographiques, 37(3) : 411-437.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1993. *Répartition interrégionale d'une compression théorique de 100.0 millions \$ dans le secteur de la santé et des services sociaux*. Direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec. 135 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1998. *Investissement majeur de 385 M \$ sur trois ans pour des services directs à la population*. Cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux. Communiqué émis le 4 juin 1998. 5 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1998. *Les différents types de données de population*. Internet, <http://@ww.msss.gouv.qc.ca/fr/statisti/indicat/populat/niveau5/index1.htm>. 6 pages.
- PAMPALON, R., M. ROCHON, J. PICHÉ, C. BARRIAULT, N. BERTHIAUME, P. FERLAND, M. LEVASSEUR & A. SAUCIER. 1997. *Un indicateur global de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources publiques en santé et services sociaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 43 pages.
- PAMPALON, R., A. SAUCIER, N. BERTHIAUME, P. FERLAND, R. COUTURE, P. CARIS, L. FORTIN, D. LACROIX & R. KIROUAC. 1995. *Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources*. Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. 354 pages.
- PÉPIN, P.-Y. 1969. *Le Royaume du Saguenay en 1968*. Ministère de l'Expansion économique régionale, Ottawa. 435 pages.
- PETTOFREZZO A.J. 1966. *Matrices and transformations*. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New-Jersey. 133 pages.
- PILON, J. 1989. *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., & C. DAVELUY. 1986. *La planification de la santé : conception, méthodes, stratégies*. Les Éditions d'Arc, Montréal. 480 pages.
- PORTER, J.H. 1986. *Genetic Aspects of Preventive Medicine*. In LAST, J.M., *Public Health and Preventive Medicine*, Twelfth Edition, Appleton-Century-Crofts, Norwalk, Connecticut, pp. 1427-1472.
- ROCHER, G. 1969. *Introduction à la sociologie générale : 1. L'action sociale*. Éditions HMH, Ltée, Montréal. 136 pages.
- RUMMEL, R.J. 1970. *Applied factor analysis*. Northwestern University Press. 617 pages.

- SAMUELSON, P.A. & A. SCOTT. 1966. *Economics : An introductory analysis*. McGraw-Hill Company of Canada Ltd, Toronto. 902 pages.
- SAVARD, M. 1994. *Pour l'amélioration de la santé et du bien-être au Saguenay-Lac-Saint-Jean : État de la situation, 1993*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Chicoutimi. 128 pages + annexes.
- SELYE, H. 1974. *Stress sans détresse*. Édition La Presse, Ottawa. 175 pages.
- SIEGEL, S. 1956. *Nonparametric statistics : For the Behavioral Sciences*. McGraw-Hill Book Company, Inc., New York. 312 pages.
- SMITH, L.H. & D.R. WILLIAMS. 1971. *Statistical Analysis for business : A conceptual approach*. Wadsworth, Belmont, California. 774 pages.
- L'EMPLOI AU QUÉBEC. 1986-1998. Société québécoise de développement de la main-d'œuvre, Direction de la recherche, des études et de l'évaluation. [Série mensuelle.]
- SOKAL, A. & J. BRICMONT. 1997. *Impostures intellectuelles*. Édition Odile-Jacob, Paris. 276 pages.
- STATISTIQUE CANADA. 1992. *Profil des divisions et subdivisions de recensement du Québec : partie A*. Approvisionnements et Services Canada, Ottawa. 889 pages. [Recensement du Canada de 1991.]
- SYME, S.L. 1986. *Social Determinants of Health and Disease*. In LAST, J.M., *Public Health and Preventive Medicine*, Twelfth Edition, Appleton-Century-Crofts, Norwalk, Connecticut, pp. 953-970.
- TRUCHON, M. 1997. *Politique sociale et développement régional*. Thèse de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi. 329 pages.
- UNION DES MUNICIPALITÉS DU QUÉBEC. 1986. *Rapport de la Commission d'étude sur les municipalités*. 292 pages. [Rapport Parizeau].
- WARE, C.F., K.M. PANIKKAR & J.M. ROMEIN. 1968. *Histoire du développement culturel et scientifique de l'humanité. Volume VI*. Commission internationale pour une histoire du développement scientifique et culturel de l'humanité, UNESCO, Robert Laffont, éditeur, Paris. 629 pages.
- WILL, T. 1997. *Saguenay slump predicted by Wall Street agency*. The Gazette, Montréal, 30 décembre 1997.

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. Coefficients de corrélation entre les taux de consommation de services des populations pour onze paires d'années consécutives	33
TABLEAU 2. Relation entre des indicateurs d'usage fréquent et le taux de consommation de services des populations sur 12 ans	35
TABLEAU 3. Distribution par groupes d'âge des coefficients de corrélation entre le taux d'inoccupation des régions en 1987 et leur taux de consommation de jours en courte durée	46
TABLEAU 4A. Distribution par région des jours de courte durée imputables à chaque variable exogène pour 1993-1994	92
TABLEAU 4B. Matrice de corrélation entre les variables exogènes	92
TABLEAU 5. Résultats relatifs à la prédiction du niveau de consommation des régions sous les contraintes imposées par le modèle explicatif	94
TABLEAU 6. Système d'équations des variables endogènes et exogènes, pour chaque région	97
TABLEAU 7. Valeur des bêta du modèle explicatif selon la valeur du TI en 1987 et les données d'hospitalisation de 1993-1994	100
TABLEAU 8A. Test de vérification du modèle explicatif complet selon la valeur du TI en 1987 et les données d'hospitalisation de 1993-1994	101
TABLEAU 8B. Test de vérification du modèle explicatif retenu selon la valeur du TI en 1987 et les données d'hospitalisation de 1993-1994	102
TABLEAU 9. Caractéristiques distinguant les populations	123
TABLEAU 10. Dénombrement des personnes de 20 à 34 ans selon les recensements canadiens de 1976 à 1991	128
TABLEAU 11. Dénombrement des personnes de 15 à 29 ans selon les recensements canadiens de 1971 à 1986	129
TABLEAU 12. Bilan global et par tranches quinquennales des gains et des pertes d'effectifs de personnes en âge de se reproduire entre 1971 et 1991	130
TABLEAU 13. Corrélations entre l'indice d'exode des personnes en âge de se reproduire (1971-1991) et les taux d'inoccupation annuels (1987-1997) pour les régions plus affectées par les <i>push factors</i>	132

TABLEAU 14. Distribution du taux d'inoccupation de 1987 à 1996 pour six régions en désintégration	133
TABLEAU 15. Distribution par rang des six régions en désintégration selon leur taux d'inoccupation de 1987 à 1996	133
TABLEAU 16. Mode d'estimation des effectifs démographiques de 1996 pour quelques groupes d'âge de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean	144
TABLEAU 17. Typologie des mécanismes dysfonctionnels propres aux systèmes organiques et sociaux humains dont les conséquences peuvent être létales	163
TABLEAU 18. Faits saillants touchant les changements intervenus dans la société québécoise lors de la révolution tranquille	166
TABLEAU 19. Dépenses de réseau du MSSS en 1991-1992	171
TABLEAU 20. Comparaison de la variation des cohortes d'âge sur 20 ans (1971-1991) et du taux d'écart entre le FIB et le recensement pour des groupes d'âge correspondants en 1991 en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	203
TABLEAU 21. Résultats de la régression multiple du niveau de consommation attendu des régions à partir des variables TI et PRA pour les années 1993-1994 et 1994-1995	225

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1. Relation entre les niveaux de consommation globale des régions pour deux années consécutives	33
GRAPHIQUE 2. Relation entre le taux d'inoccupation et le revenu moyen des 15 ans et plus selon le recensement de 1991	39
GRAPHIQUE 3. Corrélations du revenu moyen et du taux d'inoccupation de 1991 avec les taux annuels de consommation des régions	39
GRAPHIQUE 4. Corrélations des taux d'inoccupation de 1987, 1991 et 1995 avec les taux annuels de consommation des régions	40
GRAPHIQUE 5. Relation entre le taux d'inoccupation de 1987 et le niveau de consommation des régions en 1993	40
GRAPHIQUE 6A. Profil de consommation pour les complications de grossesse et d'accouchement	43
GRAPHIQUE 6B. Profil de consommation pour les anomalies congénitales	43

GRAPHIQUE 6C. Profil de consommation pour les maladies de l'appareil circulatoire	44
GRAPHIQUE 6D. Profil de consommation pour les maladies génito-urinaires ...	44
GRAPHIQUE 7. Profil de consommation de services en courte durée pour trois populations selon la moyenne quinquennale de 1989-1993	45
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	47
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	47
GRAPHIQUE 10. Relation entre le taux d'inoccupation de 1987 et le niveau de consommation des régions en santé physique pour 1993	59
GRAPHIQUE 11. Profil de consommation de services en courte durée pour deux populations selon la moyenne quinquennale de 1989-1993	64
GRAPHIQUE 12. Corrélation par rang entre le TI de 1992 et l'indice de la vitesse d'exode hors-région des 15-29 ans entre 1971 et 1991	71
GRAPHIQUE 13. Relation entre le taux réel de jours consommés et le taux estimé de jours par région pour 1993-1994	73
GRAPHIQUE 14. Corrélations de trois TI avec les taux annuels de jours régionaux des 0-14 ans pour dix groupes diagnostiques non spécifiques à l'enfance	111
GRAPHIQUE 15A. Bilans migratoires cumulatifs des personnes âgées de 15-29 ans pour six « régions stalactites » entre 1971 et 1991	135
GRAPHIQUE 15B. Bilans migratoires cumulatifs des personnes âgées de 15-29 ans pour cinq « régions stalagmites » entre 1971 et 1991	135
GRAPHIQUE 16A. L'histoire démographique récente du Saguenay–Lac-Saint-Jean : la croissance continue 1941-1961	140
GRAPHIQUE 16B. L'histoire démographique récente du Saguenay–Lac-Saint-Jean : l'amorce d'une transition 1961-1971	140
GRAPHIQUE 16C. L'histoire démographique récente du Saguenay–Lac-Saint-Jean : de la tendance à la désintégration à la première alerte 1971-1981	141
GRAPHIQUE 16D. L'histoire démographique récente du Saguenay–Lac-Saint-Jean : la poursuite du processus après l'alerte 1986-1996	141

GRAPHIQUE 17. Écart entre le recensement de 1996 et notre prédiction des effectifs de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean, par groupes d'âge	144
GRAPHIQUE 18. Évolution des dépenses du Gouvernement du Québec ventilées par grande mission	150
GRAPHIQUE 19. Évolution comparée des dépenses du réseau de la santé et des services sociaux du Québec pour quelques centres de responsabilité	150
GRAPHIQUE 20. Évolution des dépenses du réseau de la santé et des services sociaux par grands ensembles de régions	152
GRAPHIQUE 21. Évolution du taux d'inoccupation de 1987 à 1997 dans trois régions du Québec	195
GRAPHIQUE 22. Distribution des écarts par groupes d'âge entre les données du FIB et celles du recensement de 1986 pour le Québec et deux régions	202
GRAPHIQUE 23. Relation entre le revenu moyen des populations des régions et les « fréquences de faible revenu » selon le recensement de 1991	208
GRAPHIQUE 24. Allocation récurrente per capita d'un financement annuel de 110M \$ dans le domaine de la santé en juin 1998	217
GRAPHIQUE 25. Relation entre le niveau de dépenses en santé physique réalisées dans les régions et les taux de jours consommés en 1992-1993 par les populations des régions, sans égard au lieu de traitement	221
GRAPHIQUE 26. Relation entre le niveau de dépenses en santé physique réalisées dans les régions et le taux de jours traités dans les mêmes régions en 1992-1993	224
GRAPHIQUE 27. Relation entre l'espérance de vie des populations des régions et leur niveau de consommation hospitalière en santé physique pour 1993-1994	228
GRAPHIQUE 28. Relation entre l'espérance de vie des populations des régions et leur niveau de consommation hospitalière en santé physique pour 1993-1994 : détail du graphique 27	230
GRAPHIQUE 29. Relation entre le niveau de consommation régionale de 1993-1994 et le pourcentage d'écart entre cette consommation et la consommation estimée à l'aide de l'indicateur « Espérance de vie à la naissance »	230
GRAPHIQUE 30. Évolution mensuelle du taux d'inoccupation du Québec, de l'Ontario et du Canada entre 1976 et 1998	239

LISTE DES DIAGRAMMES

DIAGRAMME 1. La mesure de la disponibilité d'emploi dans une population : le taux d'inoccupation (TI)	37
DIAGRAMME 2. La chaîne causale entre le niveau de non-emploi et le niveau de morbidité des populations	62
DIAGRAMME 3. Le plan théorique du modèle « social »	75
DIAGRAMME 4. Le plan méthodologique du modèle « social »	75
DIAGRAMME 5. Démonstration algébrique de la mesure du taux de jours par le produit de trois concepts	78
DIAGRAMME 6. Le modèle sanitaire	79
DIAGRAMME 7. Le modèle sociosanitaire	81
DIAGRAMME 8. L'influence d'une variable exogène	82
DIAGRAMME 9. Le modèle explicatif complet	83
DIAGRAMME 10. Le modèle explicatif complet	98
DIAGRAMME 11. Le modèle explicatif retenu	98
DIAGRAMME 12. Les influences directes entre trois variables connues	105
DIAGRAMME 13. Le segment du modèle explicatif sous examen	126
DIAGRAMME 14. Distinction entre l'état de santé des populations et l'état de santé des individus	147

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

BAEQ	Bureau d'aménagement de l'Est du Québec
BSQ	Bureau de la statistique du Québec
CAH	Centre d'accueil et d'hébergement
CAR	Centre d'accueil et de réadaptation
CASF	Conseil des affaires sociales et de la famille, Canada
CH	Centre hospitalier
CLSC	Centre local de services communautaires
FIB	Fichier d'inscription des bénéficiaires de la Régie de l'assurance-maladie du Québec
HMR	Rapport Higgins-Martin-Raynauld
IQRC	Institut québécois de recherche sur la culture
M-30	Fichier des rapports financiers d'établissement du MSSS
MAS	Ministère des Affaires sociales
MED-ÉCHO	Banque de données sur les hospitalisations survenues dans les hôpitaux québécois dispensant des soins de courte durée.
MEER	Ministère de l'Expansion économique régionale, Canada
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PIB	Produit intérieur brut
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
SQDM	Société québécoise de développement de la main-d'œuvre
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, les sciences et la culture

SYMBOLES STATISTIQUES

e	Une variable exogène et explicative
β	La mesure d'une influence (bêta)
Y	Une variable dépendante
B	Un coefficient de régression multiple
R	Un coefficient de corrélation (Pearson-Bravais)
R^2 ou RSQ	Un coefficient de détermination
X_i	Une donnée quelconque appartenant à la distribution d'une variable indépendante
\bar{X}	La moyenne de la distribution
Z_i	Un score standardisé
N	Le nombre d'observations dans une distribution
σ	L'écart-type de la distribution d'une variable
Σ	Sommation d'une distribution

VARIABLES

DUR	La durée moyenne de séjour dans un hôpital de soins de courte durée
EV	L'espérance de vie à la naissance
ICM	L'indice comparatif de mortalité
M	La morbidité
NB	Le nombre de bénéficiaires
NB/P	La mesure du niveau de morbidité, <i>ou</i> incidence de bénéficiaires
NCas	Le nombre d'hospitalisations
NE	Le non-emploi
NJ	Le nombre de jours d'hospitalisation consommés selon la région de provenance
NJ/P	La mesure du niveau de consommation, <i>ou</i> taux de consommation par habitant
P	La population (nombre d'habitants, de personnes)
PRA	La proportion que représentent les personnes âgées de 65 ans et plus parmi la population totale
PR _i	La proportion que représentent les personnes d'un groupe d'âge « i » parmi la population totale
SA	La structure d'âge
TI	Le taux d'inoccupation, comme mesure du niveau de non-emploi
TRH	Le taux de réhospitalisation

ANNEXE 1

**Méthode de sélection des données MED-ÉCHO :
comparaison avec l'univers des soins actifs
pour l'année 1991-1992**

MÉTHODE DE SÉLECTION	TYPES DE DONNÉES	SYSTÈME SANS NOM (02)	LES DONNÉES DU MSSS
[1]	♦ Univers MED-ÉCHO (note 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	6 938 263 (note B)
[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	

Note A À l'exclusion des « cas d'un jour ».

Note B Ce nombre correspond à l'univers des soins actifs du MSSS de l'année 1991-1992.

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 à la lignes [8] et les suivantes.

Source : Beupré *et al.* (1995).

ANNEXE 2

**Groupes diagnostiques selon le Regroupement 19
de la Classification internationale des maladies
(CIM-9)**

GROUPE	DESCRIPTION	DIAGNOSTICS
01	Maladies infectieuses et parasitaires	001.0 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 tissu cellulaire sous-cutané	680.0 à 709.9
13	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu 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	Diagnostiques non transmis ou provisoire	Autres

ANNEXE 3**Liste des 14 régions sociosanitaires
retenues pour l'étude**

RÉGION SOCIO SANITAIRE	NUMÉRO OFFICIEL
Bas-Saint-Laurent	01
Saguenay–Lac-Saint-Jean	02
Québec	03
Mauricie–Bois-Francs	04
Estrie	05
Montréal-Centre	06
Outaouais	07
Abitibi–Témiscamingue	08
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	11
Chaudière–Appalaches	12
Laval	13
Lanaudière	14
Laurentides	15
Montérégie	16

Note : Le Québec compte 18 régions sociosanitaires déterminées par le décret du 18 décembre 1991. Les régions 09, 10, 17 et 18 n'ont pas été retenues pour cette étude; voir l'introduction à ce sujet.

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 (3^e trimestre de l'année 1996) et en plénières

- ◆ D^r Mario Brisson, médecin de santé publique, Hôtel-Dieu de Roberval.
- ◆ D^r Marc DeBraekeleer, médecin, généticien et démographe, UQAC, URG 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.
- ◆ M. Marcel Melançon, éthique et génétique, professeur, Cégep 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

7 février 1997	Séminaire-plénière, tenu à Chicoutimi sur le modèle théorique fondé sur les maladies multifactorielles : M. Marc DeBraekeleer, 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 : D ^r Alain Lesage et M. Daniel Gélinas, de l'Institut Fernand-Séguin de Montréal.
19 février 1997	Séminaire d'une demi-journée tenu à Chicoutimi avec les médecins et professionnels de la recherche à la Direction de la santé publique de la Régie régionale du Saguenay-Lac-Saint-Jean sur les déterminants des maladies en <i>santé physique</i> (réf. : D ^r Paul Desmeules, directeur).
14 mars et 2 juin 1997	Séminaires d'une demi-journée chacun tenus à Chicoutimi avec le Groupe de recherche multidisciplinaire en santé (GREMS) du CEGEP de Chicoutimi (dix professeurs de l'ensemble des disciplines pertinentes au domaine de la santé).

21 mars 1997	2 ^e Séminaire d'une demi-journée avec les professionnels de la Direction de la santé publique de la Régie régionale du Saguenay–Lac-Saint-Jean sur les déterminants des maladies mentales (réf. : 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 d'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, dir. général).
21 mai 1997	Séminaire d'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, directeur de la Santé publique, et M. Alain Côté, psychologue).
4 juin 1997	Séminaire d'une demi-journée tenu à Baie-Comeau avec les représentants du Syndicat des infirmières et infirmiers du Nord-Est québécois (SINEQ) en présence de cadres et de professionnels de la Régie régionale de la Côte-Nord, 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 d'une journée tenu à Québec avec le groupe GENETIQ du CHUL (composé de chercheurs éthiciens du CHUL, de l'Université de Sherbrooke, des cégeps de Chicoutimi et de Rimouski) sur l'ensemble de la problématique et autres sujets (réf. : Dr Richard Gagné et M. Marcel Mélançon).
21 août 1997	Séminaire d'une journée tenu à Chicoutimi avec les professionnels de la Direction de la coordination de services (RRSS-02) sur l'ensemble de la problématique.
5 septembre 1997	Séminaire d'une demi-journée tenu à Saint-Gédéon avec les membres de la Commission médicale régionale du Saguenay–Lac-Saint-Jean sur l'ensemble de la problématique.
12 septembre 1997	Séminaire d'une journée tenu à Chicoutimi avec le Dr Marc De Breakeleer et le Dr Mario Brisson. Sujet : l'avancement des travaux de recherche, en particulier le modèle théorique.
10 octobre 1997	Séminaire d'une journée tenu à Rimouski avec environ quinze directeurs et professionnels de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent. Sujet : l'ensemble de la problématique (réf. : M. Paul-André Bernier, directeur général).
3 décembre 1997	Séminaire d'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 dix 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 des 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 (Université 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 représentants des cadres et des syndiqués du réseau régional de la 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

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 socio-économiques : 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 de 20-34 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 naissances 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.

Note : On pourra notamment consulter, à ce sujet, les publications suivantes : CÔTÉ (1982), BARRIAULT (1984), CASF (1986), CÔTÉ & BARRIAULT (1988) et CÔTÉ (1991), de même que la plupart des travaux provenant de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean cités en bibliographie.

ANNEXE 6

Extrait du document du MSSS présentant les critères proposés le 15 décembre 1995 au Comité MSSS-Régies sur l'allocation interrégionale des ressources

«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. 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. »

PAMPALON & SAUCIER (1995), p. 6.

Note : le souligné est de nous.

ANNEXE 7

**Le calcul de l'indicateur synthétique du ministère
de la Santé et des Services sociaux**

PROGRAMME BUDGÉTAIRE	INDICATEUR EXPRIMÉ	POIDS FINANCIER
Santé physique	$I_R = \left(\frac{\left(\frac{\sum [\frac{HQ_{1j} \cdot PR_{1j}}{PO_{1j}}]}{\sum HQ_{1j}} \right) \cdot PQ}{PR} \right) \cdot ICM_R$	48,8 %
Santé mentale	$I_R = \left(\frac{\left(\frac{\sum [\frac{CO_{1jk} \cdot PR_{1jk}}{PO_{1jk}}]}{\sum CO_{1jk}} \right) \cdot PQ}{PR} \right) \cdot ICSM_R$	8,7 %
Santé publique	$I_R = \frac{APVP - EV_R}{APVP - EV_Q}$	1,5 %
Personnes âgées	$I_R = \frac{\frac{\sum PR_{imp} \cdot INC_{imp}}{PR}}{\frac{PIQ}{PQ}}$	21,6 %
Déficiences physiques	$I_R = 0,8 \times \left(\frac{\sum_{i=1}^n PR_{imp} \cdot INC_{imp}}{PR} \cdot \frac{PIQ}{PQ} \right) + 0,2 \times \left(\frac{\sum_{i=1}^n PR_{imp} \cdot INC_{imp}}{PR} \cdot \frac{PIQ}{PQ} \right)$	8,6 %
Déficiences intellectuelles	$I_R = \frac{DEF_R}{DEF_Q}$	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.

ANNEXE 8**Données de base du modèle sociosanitaire**

RÉGION	POPULATION	NOMBRE DE PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS	NOMBRE DE CAS D'HOSPITALISATION	TAUX D'INOCUPATION (%)	NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES	NOMBRE DE JOURS CONSOMMÉS
	P	P ₆₅₊	NCas	TI	NB	NJ
01	198 546	23 824	27 860	51,2	19 314	221 741
02	286 371	27 546	38 931	49,8	24 653	309 442
03	627 838	75 776	71 547	45,3	48 824	603 386
04	472 175	62 774	61 636	45,8	39 874	495 659
05	273 877	35 627	35 034	44,9	22 559	290 143
06	1 785 400	263 469	206 480	42,6	141 535	1 746 652
07	294 171	26 051	32 200	38,3	21 054	221 704
08	154 439	14 106	21 926	46,7	14 221	150 915
11	103 152	13 321	16 929	58,6	10 890	132 357
12	379 466	43 723	43 781	41,4	30 320	339 001
13	326 468	31 782	31 086	37,6	21 351	212 334
14	341 099	28 454	39 578	42,0	26 264	282 109
15	422 843	41 463	44 080	42,7	29 953	303 593
16	1 241 734	119 928	133 738	37,9	92 120	957 636

Sources : Statistique Canada; ministère de la Santé et des Services sociaux (fichier MED-ÉCHO).

Dépôt légal

1^{er} trimestre 2000

Bibliothèque nationale du Canada

Bibliothèque nationale du Québec