

L'ÉTAT QUÉBÉCOIS EN PERSPECTIVE

STRUCTURE ET TAILLE DE L'ÉTAT

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

L'Observatoire de l'administration publique - ENAP

Automne 2006

Aucun élément du contenu du présent document ne peut être utilisé, reproduit ou transmis, en totalité ou en partie, sous quelque forme ou par quel moyen que ce soit, sans l'autorisation écrite de L'Observatoire de l'administration publique – ENAP. Pour solliciter cette permission ou pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez vous adresser à : etat.quebecois@enap.ca

Diffusion autorisée par Les Publications du Québec.

Certaines données présentées dans ce document sont issues de Statistique Canada par extraction de la banque de données ESTAT, sous-produit de CANSIM. La publication sur ce site des séries chronologiques de CANSIM est partielle et l'équipe de recherche y a apporté une plus-value par le calcul d'indicateurs. Pour en savoir plus, visitez : http://www.statcan.ca/francais/Estat/intro_f.htm

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN-978-2-923008-31-8 (PDF)

© L'Observatoire de l'administration publique-ENAP, 2006

TABLE DES MATIÈRES

1	LA SITUATION ACTUELLE AU QUÉBEC	1
1.1	L'ORGANISATION DU RÉSEAU EN TROIS PALIERS	1
1.2	LES FOURNISSEURS DE SOINS	3
2	L'ÉVOLUTION HISTORIQUE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS	4
2.1	LE NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS.....	5
2.2	LE NOMBRE D'INSTALLATIONS PUBLIQUES ET PRIVÉES.....	6
2.3	LE NOMBRE DE LITS AUTORISÉS ET DRESSÉS.....	7
2.4	LE NOMBRE DE LITS DRESSÉS ET DE PLACES INTERNES.....	8
3	LES STRUCTURES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DANS UNE PERSPECTIVE DE COMPARAISON INTERPROVINCIALE	8
	BIBLIOGRAPHIE	11
	ANNEXE I : LES ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX RELEVANT DU MSSS AU 31 MARS 2005	12
	ANNEXE II : LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES	13

Le système de santé et de services sociaux du Québec est intégré en une seule administration. Datant de 1971, cette organisation administrative de la santé et des services sociaux présente l'avantage de pouvoir répondre à l'ensemble des besoins sociosanitaires de la population du Québec. Il s'agit du plus important réseau de services publics au Québec. À elle seule, la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux représente environ 6,7 % de la population active du Québec¹. Le système de santé et de services sociaux québécois est sous contrôle public. L'État définit le panier de services et en finance la production et le fonctionnement. Il fixe également les conditions d'accessibilité.

1 LA SITUATION ACTUELLE AU QUÉBEC

1.1 L'ORGANISATION DU RÉSEAU EN TROIS PALIERS

Le réseau de la santé et des services sociaux est constitué de trois paliers depuis le début des années 1990. À la suite de l'adoption de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, sanctionnée le 18 décembre 2003, la structure administrative du réseau est la suivante :

■ Un palier central

Le palier central est constitué du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le MSSS remplit des fonctions stratégiques d'allocation des ressources budgétaires et d'évaluation en matière de santé, de services sociaux et de santé publique. Au 31 mars 2006, onze organismes gouvernementaux administratifs et consultatifs relevaient du ministre du MSSS².

■ Un palier régional

Le palier régional est constitué de 15 agences de la santé et des services sociaux, deux conseils régionaux et une régie régionale³. Les agences constituent le relais du Ministère sur le territoire de la région sociosanitaire qu'elles couvrent. Ce territoire correspond généralement à celui des régions administratives, sauf dans le nord du Québec (la région administrative du Nord-du-Québec est découpée en trois régions sociosanitaires, soit celles du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James) et en ce qui concerne la région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec qui n'a pas été scindée en deux régions comme c'est le cas du découpage administratif depuis 1997⁴. Ces entités régionales sont responsables de la planification régionale, de la gestion des ressources ainsi que de l'allocation budgétaire aux établissements. Elles fournissent également des services régionaux de santé publique (surveillance de l'état de santé, promotion, prévention et protection).

¹ Pour plus de détails concernant l'effectif du réseau de la santé et des services sociaux, consulter le document d'analyse et les données afférentes au réseau de la santé et des services sociaux de la section « L'effectif du secteur publique » du site Internet « L'État québécois en perspective ». L'information relative aux dépenses du réseau de la santé et des services sociaux se trouve à la section « Les finances publiques – Les dépenses par mission » du même site Internet.

² Voir l'annexe I pour plus de détails concernant les organismes relevant du MSSS.

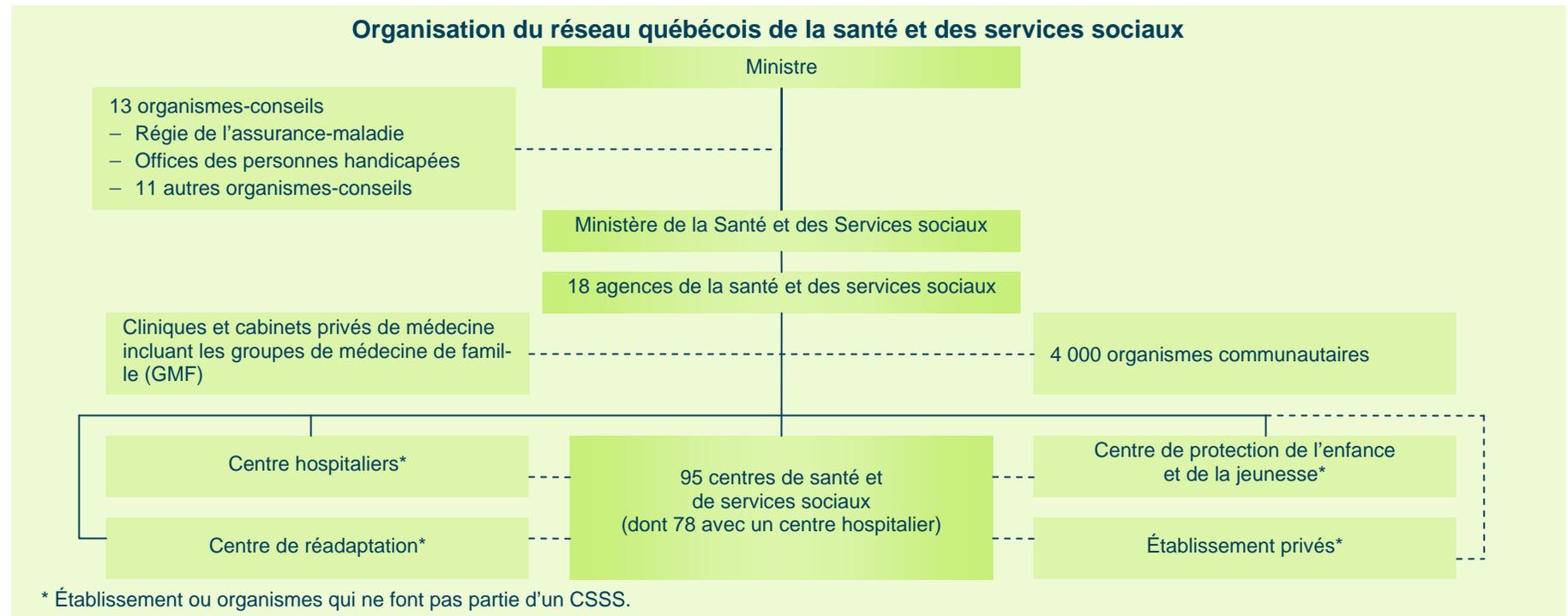
³ Le schéma du réseau à la page suivante mentionne 18 agences car deux conseils régionaux et une régie régionale y sont incluent.

⁴ En 1997, la région administrative Mauricie-Bois-Francs a été scindée en deux régions administratives, celle de la Mauricie et celle du Centre-du-Québec.

S'ajoutent à ces structures régionales plusieurs institutions à vocation régionale et suprarégionale qui ne font pas partie d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS): les centres jeunesse, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et les centres hospitaliers universitaires.

■ **Un palier local**

Le palier local est composé de 95 instances locales, le plus souvent nommé des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Mises en place en juin 2004 par la fusion des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, pour 78 d'entre elles d'un centre hospitalier, chaque instance s'appuie sur un réseau local de services (RLS⁵) composé des médecins de famille et des établissements offrant des services spécialisés. Les territoires des 95 RLS se basent sur ceux des CLSC, et le territoire d'un RLS fait partie d'une seule région sociosanitaire. Seules les régions sociosanitaires du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas organisées en RLS.



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

⁵ Les RLS remplacent depuis 2004 les territoires sociosanitaires du ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour plus de détails concernant les acteurs dans les RLS et la hiérarchisation des services, consulter l'annexe II.

1.2 LES FOURNISSEURS DE SOINS

Au 31 mars 2006, le réseau québécois de santé et de services sociaux comptait 304 établissements comprenant 1748 installations (lieux physiques). Un peu plus de la moitié des établissements appartiennent au secteur public (194) alors que 110 sont privés. Les établissements privés sont presque exclusivement des CHSLD.

La catégorisation des établissements du réseau sociosanitaire québécois s'effectue par mission, par classe et par type. Les centres hospitaliers se divisent en deux classes alors que les centres de réadaptation se catégorisent en cinq classes dont l'une est subdivisée en trois types :

Mission	Classe	Type
CH – Centre hospitalier	CH-SGS : de soins généraux et spécialisés CH-SP : de soins psychiatriques	-
CLSC – Centre local de services communautaires	-	-
CPEJ* - Centre de protection de l'enfance et de la Jeunesse	-	-
CHSLD – Centre hospitalier de soins de longue durée	-	-
CR – Centre de réadaptation	CR-PDI : pour personnes déficientes intellectuelles	-
	CR-PDP : pour personnes déficientes physiques	CRPDP-A : déficience auditive CRPDP-V : déficience visuelle CRPDP-M : déficience motrice
	CR- JDA : pour jeunes en difficulté d'adaptation	-
	CR – MDA : pour jeunes mères en difficulté d'adaptation	-
	CR-PAT : pour personnes alcooliques et toxicomanes	-

* Devenu des centres jeunesse (CJ) en vertu de fusions entre les CPEJ, les CR-JDA et les CR-MDA.

Enfin, s'ajoute au réseau institutionnel un nombre important de ressources complémentaires, privées, intermédiaires ou communautaires ainsi que des entreprises d'économie sociale. Au 31 mars 2006, elles se dénombraient ainsi :

- 840 cliniques médicales d'omnipraticiens, dont 108 groupes de médecine de famille;
- 1 620 pharmacies communautaires;
- 1 900 ressources intermédiaires;
- 9 550 ressources de type familial;
- 2 440 résidences privées avec services pour personnes âgées;
- 3250 organismes communautaires;
- 101 entreprises d'économie sociale en aide domestique, qui offrent des services aux quelque 76 000 personnes bénéficiant du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique.

2 L'ÉVOLUTION HISTORIQUE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS

À l'instar de l'éducation, le système sociosanitaire québécois a connu de profondes transformations au cours des années 1960 et 1970. Sur la base des propositions du Comité d'étude sur l'assistance publique (Comité Boucher) et de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu), deux innovations majeures ont été apportées quant à l'organisation et aux politiques du réseau de la santé et des services sociaux :

- la création en décembre 1970 d'un ministère des Affaires sociales s'occupant des services sociaux, de l'aide sociale et de la santé. Le concept de santé communautaire illustre l'intégration dans l'organisation administrative des dimensions préventive et curative. Cette intégration n'a toutefois été complète qu'entre 1970 et 1982, année où l'aide sociale a été prise en charge par un autre ministère, celui de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu, prédécesseur du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale;
- la mise en œuvre d'une politique d'accessibilité aux soins médicaux par l'instauration, en 1961, de l'assurance hospitalisation et l'accès universel à des services hospitaliers gratuits⁶ et la mise en place d'un programme universel et gratuit d'assurance maladie, en 1971. L'établissement d'un programme universel d'assurance médicaments, en 1997, complète la politique québécoise d'accessibilité aux soins médicaux et hospitaliers.

À la suite de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), des réformes d'importance ont également marqué les années 1980 et 1990 :

- la régionalisation du système sociosanitaire débute dès 1971 avec la création des conseils régionaux de la santé et des services sociaux. Ce n'est toutefois qu'après 1992, avec la mise en place des régies régionales de la santé et des services sociaux, devenues des agences de la santé et des services sociaux en 2003, que la décentralisation administrative du système a été parachevée;
- la réorganisation du travail au profit de pratiques ambulatoires et de proximité.

⁶ Le Québec était la dernière province à mettre en place une telle politique.

2.1 LE NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS

Évolution du nombre d'établissements publics et privés dans le réseau sociosanitaire québécois, selon le regroupement des missions assumées, situation observée au 31 mars, de 1991 à 2006

Regroupement de missions	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CLSC	128	128	128	127	128	128	100	82	72	67	67	65	60	58	2	2
CH	27	27	26	29	29	27	23	19	19	20	20	20	20	20	12	12
CPEJ	13	13	16	14	13	5	1	1	1	1	1	1	1	1		
CHSLD	443	429	424	380	322	294	220	195	181	163	159	157	154	152	115	101
CR	124	122	120	122	113	84	66	62	57	57	56	55	55	54	49	50
CLSC-CH	6	6	5	7	7	7	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CLSC-CPEJ				1												
CLSC-CHSLD	15	15	15	14	14	14	29	40	45	46	47	48	52	51	14	14
CLSC-CR	2	2	2	3	3	3	4	3	3	2	2	1	1	1		
CH-CHSLD	107	110	112	110	108	103	81	77	71	68	68	66	63	61	21	21
CH-CR				1	1	1										
CPEJ-CHSLD	1															
CPEJ-CR = CJ		1	1	2	4	12	16	15	15	15	15	15	15	15	16	16
CHSLD-CR	7	8	8	7	6	5	5	4	3	3	4	4	4	4	2	2
CLSC-CH-CHSLD	5	5	6	5	5	5	14	18	22	22	22	24	26	29	67	67
CLSC-CHSLD-CR									1	1	1	2	1	1	1	1
CH-CPEJ-CHSLD	1															
CH-CHSLD-CR	15	14	14	13	12	12	12	10	9	8	7	7	7	7	2	2
CLSC-CH-CPEJ-CHSLD		1	1	1	1											
CLSC-CH-CHSLD-CR								1	1	2	3	3	3	3	11	11
CH-CPEJ-CHSLD-CR																
CLSC-CH-CPEJ-CHSLD-CR	2	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4
Ensemble des groupes	896	883	880	838	768	703	578	531	504	480	477	473	467	462	317	304

Légende :

CH : Centre hospitalier

CJ : Centre jeunesse (CJ = CPEJ + CR JDA + CR MDA).

CHSLD : Centre hospitalier de soins de longue durée

CLSC : Centre local de services communautaires

CR : Centre de réadaptation.

Source: ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 2006.

Le nombre d'établissements entre 1991 et 2006 a été réduit des deux tiers (-66 % exactement). Cette diminution s'est opérée en grande partie par des fusions et par le changement de vocation de certains établissements. La diminution du nombre d'établissement s'est notamment traduite par un regroupement de différentes missions. Si 82 % des établissements avaient une mission unique en 1991, en 2006, cette proportion est de 54 %.

2.2 LE NOMBRE D'INSTALLATIONS PUBLIQUES ET PRIVÉES

Évolution du nombre d'installations publiques et privées dans le réseau sociosanitaire québécois, selon la ou les mission assumées par l'installation, situation observée au 31 mars, de 1991 à 2006

Mission	Unité	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CLSC	Nombre	361	355	354	368	372	381	384	377	378	391	390	390	402	416	433	430
	Indice	100	98	98	102	103	106	106	104	105	108	108	108	111	115	120	119
CJ	Nombre	388	453	460	466	467	475	490	433	415	408	420	398	366	326	324	288
	Indice	100	117	119	120	120	122	126	112	107	105	108	103	94	84	84	74
CH ²	Nombre	169	172	173	177	177	175	164	206	206	206	207	205	213	215	217	222
	Indice	100	102	102	105	105	104	97	122	122	122	122	121	126	127	128	131
CHSLD	Nombre	665	660	656	627	610	617	606	588	578	560	552	554	552	544	541	532
	Indice	100	99	99	94	92	93	91	88	87	84	83	83	83	82	81	80
PAV ³	Nombre	238	234	234	236	233	233	230	222	203	199	194					
	Indice	100	98	98	99	98	98	97	93	85	84	82					
CR	Nombre	379	380	389	414	395	445	453	449	458	504	502	500	520	555	545	547
	Indice	100	100	103	109	104	117	120	118	121	133	132	132	138	147	144	144
Total ¹	Nombre	2 054	2 101	2 107	2 088	2 057	2 128	2 136	2 056	2 010	2 021	2 013	1 797	1 793	1 795	1 784	1 748
	Indice	100	102	103	102	100	104	104	100	98	98	98	87	87	87	87	85

1 Le total ne correspond pas à la somme des missions, car plusieurs installations assument plus d'une mission.

2 Somme des CHSGS et des CHSP.

3 Les pavillons sont devenus des ressources intermédiaires à partir du 1er avril 2001.

Source: ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 2006.

La diminution du nombre d'installations, qui sont les lieux physiques de prestation de services, est moins marquée que celle du nombre d'établissements. Dans le contexte des coupures budgétaires de 1996-1997, justifiées par la recherche du déficit zéro, cette baisse s'explique en partie par l'annexion et le regroupement de certaines installations en fonction de leur mission afin de mieux répondre aux exigences du virage ambulatoire et de la réorganisation des services en trois lignes de services (générale, spécialisée et superspécialisée)⁷. La diminution du nombre d'installations entre 2001 et 2002 est due à la perte du statut d'installation des pavillons d'hébergement. On dénombreait quelque 200 pavillons en 2001.

⁷ Voir l'annexe II.

2.3 LE NOMBRE DE LITS AUTORISÉS ET DRESSÉS

Nombre de lits et places publiques et privées internes autorisés au permis des établissements du réseau sociosanitaire québécois, selon l'unité de services, situation observée au 31 mars, de 1991 à 2006

Unité de services	Unité	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
SGS ¹	Nombre	29 286	28 832	29 051	27 750	27 687	27 706	25 260	20 686	20 581	20 639	20 521	20 543	20 560	20 477	20 466	20 457
	Indice	100	98	99	95	95	95	86	71	70	70	70	70	70	70	70	70
SP ²	Nombre	2 451	2 229	1 913	1 538	1 538	1 813	1 716	1 328	1 299	1 280	1 273	1 243	1 209	1 209	1 209	1 209
	Indice	100	91	78	63	63	74	70	54	53	52	52	51	49	49	49	49
HSLD ³	Nombre	52 501	52 206	52 408	52 314	51 493	51 374	51 678	48 970	48 631	48 662	48 288	48 038	47 989	47 141	47 327	46 426
	Indice	100	99	100	100	98	98	98	93	93	93	92	91	91	90	90	88
CJ ⁴	Nombre	4 516	4 482	4 509	4 505	4 691	4 680	4 972	3 899	3 994	3 695	4 012	3 858	3 603	3 602	3 523	3 493
	Indice	100	99	100	100	104	104	110	86	88	82	89	85	80	80	78	71
PDI ⁵	Nombre	4 430	3 867	3 867	2 954	2 898	2 151	2 082	1 253	1 063	991	955	856	797	774	608	564
	Indice	100	87	87	67	65	49	47	28	24	22	22	19	18	17	14	13
PDP ⁶	Nombre	518	538	548	511	501	502	491	385	390	445	437	437	426	438	484	493
	Indice	100	104	106	99	97	97	95	74	75	86	84	84	82	85	93	95
PAT ⁷	Nombre	466	506	492	462	492	501	497	422	462	460	457	457	507	496	507	507
	Indice	100	109	106	99	106	108	107	91	99	99	98	98	109	106	109	109

1 Ce sont les lits de soins généraux et spécialisés, incluant ceux de psychiatrie (sauf ceux des CHSP), d'hôtellerie et de néonatalogie.

2 Ce sont les lits de soins psychiatriques de courte durée des CHSP ; 1991 à 1994, données estimées.

3 Ce sont les lits d'hébergement et de soins de longue durée physiques et psychiatriques, permanents et temporaires, excluant les places en pavillons d'hébergement ; 1991 à 1994, données estimées.

4 Ce sont les places internes offertes dans les centres jeunesse.

5 Ce sont les places internes offertes en installations de réadaptation pour personnes déficientes intellectuelles.

6 Ce sont les places internes offertes en installations de réadaptation pour personnes déficientes physiques.

7 Ce sont les places internes offertes en installations de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes.

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 2006.

La nette diminution du nombre de lits autorisés⁸ est directement fonction des coupures budgétaires de l'année 1996-1997. Elle a particulièrement touché les établissements généraux et spécialisés (-30,1 % entre 1991 et 2006) et les établissements psychiatriques de courte durée (-50,7 %) et s'est concentrée essentiellement entre le 31 mars 1997 et le 31 mars 1998, année durant laquelle le nombre de lits autorisés a été coupé de 18,1 % pour les premiers et de 22,6 % pour les seconds.

Cette statistique ne tient toutefois pas compte de l'affectation et de l'occupation réelle des lits. À cette fin, le MSSS dispose de statistiques relatives au nombre de lits dressés dans les établissements publics et privés conventionnés.

⁸ Le nombre de lits autorisés est déterminé par les permis d'exploitation émis tous les trois ans par le MSSS aux établissements de santé.

2.4 LE NOMBRE DE LITS DRESSÉS ET DE PLACES INTERNES

Nombre de lits dressés et de places internes au sein du réseau sociosanitaire québécois, selon l'unité de services, situation observée au 31 mars, de 1991 à 2005

Unité de services	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
SGS	23 612	23 547	23 381	23 044	22 178	20 211	17 216	16 390	16 163	16 146	16 082	15 715	15 618	15 785	15 815
HSLD	46 164	46 145	45 970	45 262	45 542	45 155	44 118	42 478	42 199	42 555	41 938	41 777	41 602	41 687	41 467

Source: ministère de la Santé et des Services sociaux, Info-Stat, juin 2006.

Le manque de places, publiques et privées, d'hébergement et de soins de longue durée (HSLD) qui a un impact sur la proportion des lits autorisés des centres hospitaliers étant dressée pour des personnes âgées requérant une place en HSLD et l'insuffisance des ressources financières, humaines et matérielles qui empêche de dresser la totalité des lits autorisés expliquent le décalage entre le nombre de lits autorisés et le nombre de lits dressés.

Depuis 2003, le nombre de lits et places internes autorisés au permis et le nombre de lits dressés et de places internes au sein du réseau sociosanitaire québécois est en légère augmentation.

3 LES STRUCTURES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DANS UNE PERSPECTIVE DE COMPARAISON INTERPROVINCIALE

L'organisation et la prestation des services sociaux et de santé relèvent de la compétence des provinces en vertu de l'article 92, alinéa 7 de la *Loi constitutionnelle de 1867*. Cependant, le gouvernement fédéral influence les systèmes de santé des provinces grâce au pouvoir de dépenser que lui reconnaît la Constitution. C'est ainsi qu'il contribue, de manière plus ou moins importante selon les époques, au financement du système de santé et des services sociaux du Québec. Dans ce contexte, le gouvernement fédéral a voulu encadrer l'action des provinces en adoptant en 1984 la *Loi canadienne sur la santé*. Selon cette loi, pour avoir droit au versement intégral de la contribution pécuniaire du gouvernement fédéral en matière de santé, nommée Transfert canadien en matière de santé, les systèmes de santé provinciaux doivent satisfaire à cinq critères⁹ :

- la nature publique des organismes assurant la gestion du système;
- l'intégralité des soins médicaux et hospitaliers;
- l'universalité;
- la transférabilité du régime d'une province à l'autre;
- l'accessibilité financière.

⁹ Pour plus d'information, lire le rapport annuel de la *Loi canadienne sur la santé* publié par Santé Canada.

La comparaison interprovinciale de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux souligne deux spécificités du Québec : l'intégration des soins de santé et des services sociaux et la régionalisation de la gestion de la santé et des services sociaux.

Les 15 dernières années marquent toutefois une atténuation des spécificités québécoises en ce qui concerne ces deux volets :

- la majorité des provinces (l'Ontario, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse, la Saskatchewan, et Terre-Neuve-et-Labrador) s'est engagée au cours de cette période vers une intégration, plus ou moins aboutie, des volets « santé » et « services sociaux ». Aucune province ne privilégiait toutefois en 2005 l'intégration de la mission « santé » et de la mission « sécurité sociale »;
- depuis la mise en place des réseaux locaux d'intégration en Ontario en 2005¹⁰, toutes les provinces ont institué des autorités régionales de la santé.

Cette évolution renvoie à plusieurs tendances :

- l'adoption d'une approche centrée sur le patient qui milite pour l'intégration de la dimension sociale des problèmes de santé de la population;
- une prestation de services de proximité qui favorise l'habilitation des municipalités et des organismes communautaires sur les questions sanitaires et surtout sociales. Cette tendance est particulièrement tangible en dehors du Québec;
- la réorganisation et la rationalisation des services sociaux et de santé selon le modèle du réseau. Au Québec, ce réseau est constitué par le maillage de trois lignes de services :
 - la première ligne (services sociaux et médicaux généraux et de proximité);
 - la deuxième ligne (services sociaux et médicaux spécialisés);
 - la troisième ligne (services sociaux et médicaux superspécialisés).

¹⁰ En Ontario, l'organisation du système de santé repose sur des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Institués en sociétés, ces RLISS sont dirigés par 14 présidents fondateurs des conseils des RLISS et 28 membres, qui ont été nommés par le Conseil des ministres. Chacun des 14 RLISS doit produire, d'ici l'automne 2006, un plan de services de santé intégrés. Dans le cadre de leur mandat, les RLISS s'occupent de la planification du système de santé local et de l'engagement communautaire, financent les fournisseurs de soins de santé et sont responsable de l'intégration locale du système de santé.

La régionalisation de la Santé, Provinces (situation au 1er septembre 2006)

	Qc	TNL	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Structure régionale de gestion des services de santé	18	4	4*	9	8	14	11	12 structures régionales et 1 autorité de la santé du nord	9	5 structures régionales et 16 secteurs de prestation de services de santé***
Date de constitution et réforme	Entre 1989 et 1992, réforme en 2003	2004, réforme en 2005	Entre 1993 et 1994, réforme en 2002	1996, réforme en 2001	1992, réforme en 2002	2006	1997 et 1998, réforme en 2002	1992, réforme en 2001-2002	1994, réforme en avril 2003	1997, réforme en 2001
Population par structure régionale	96 000 - 1 800 000	28 000 - 180 000.	14 261 - 66 856	34 000 - 395 000	50 000 - 200 000	234 000 - 1 356 500	7 000 - 646 733	10 364 - 278 700	66 156 - 1 085 496	320 000 - 1 300 000
Composition et mode de désignation des C. A.	minimum 16 membres, nommés par le ministre en charge de la santé	15 à 18 membres, nommés par le ministre en charge de la santé	variable, 50 % élus, 50 % nommés par le ministre en charge de la santé	12 à 15 membres, nommés par le ministre en charge de la Santé après consultation des conseils communautaires de santé et du public	15 membres, 7 nommés par le ministre en charge de la santé, 8 élus selon la loi sur les élections municipales	9 membres minimum pour chacun des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé, nommés par le gouvernement	9 à 15 membres, nommés par le ministre en charge de la santé	12 membres, nommés par le ministre en charge de la santé après consultation publique	variable, nommés par le ministre en charge de la santé	6 à 9 membres, nommés par le ministre en charge de la santé

Légende :

ARS : autorités régionales de la santé.

Source : Centre canadien d'analyse de la régionalisation et la santé (inactif depuis octobre 2005), le rapport annuel 2004-2005 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé et les sites Internet des administrations

* Il existe également une autorité provinciale des services de santé. Depuis fin 2005, les services sociaux auparavant dispensés par le ministère de la Santé et des Services sociaux sont dispensés par le ministère des Services Sociaux et des Aînés.

** Il existe également une autorité provinciale des services de santé.

Depuis le début de 2001, toutes les provinces canadiennes ont procédé à une restructuration de leur système de santé. Ces multiples innovations privilégient un modèle d'organisation dont les caractéristiques sont :

- l'institution d'entités régionales en charge de l'administration de la santé dans une région géographique clairement définie au sein d'une province ou d'un territoire responsable du financement et de la prestation des services de santé communautaires et en établissement à l'intérieur de leurs régions¹¹;
- une certaine autonomie de gestion des entités régionales. Le ministre provincial en charge de la santé limite toutefois cette autonomie lors de l'allocation des ressources budgétaires, par la mise en place de dispositifs d'évaluation de la performance des agences, et surtout dans la grande majorité des provinces, par la nomination des conseils d'administration des structures régionales.

¹¹ Selon le Centre canadien d'analyse de la régionalisation et la santé, « les autorités régionales de la santé sont des organismes de soins de santé autonomes qui sont chargés de l'administration de la santé dans une région géographique clairement définie au sein d'une province ou d'un territoire. Elles sont dotées de conseils de gouvernance nommés ou élus et sont responsables du financement et de la prestation des services de santé communautaires et en établissement à l'intérieur de leurs régions. »

BIBLIOGRAPHIE

GETOS et ANÉIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, *Infolettre*, [en ligne], <http://www.medsp.umontreal.ca/getos/infol.asp#>

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Page d'accueil*, [en ligne], http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_f

L'OBSERVATOIRE DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE, « La régionalisation du secteur sanitaire en France et au Québec », *Télescope*, vol. 10, n° 1, février 2003, 24 p., <http://www.observatoire.enap.ca/observatoire/docs/Telescope/Volumes6-11/Telv10n1sante.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Page d'accueil*, [en ligne], <http://www.msss.gouv.qc.ca/index.php>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Le logiciel Éco-santé Québec 2005*, [en ligne], http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=143,172,0,0,1,0

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Le système de santé et de services sociaux du Québec. Une image chiffrée*, décembre 2001, 181 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Info-Stats et Info-Sérhum*, section « Statistiques », [en ligne], www.msss.gouv.qc.ca

TREFF Karin and David B. PERRY, *Finances of the Nation 2005*, Ontario, Canadian Tax Foundation.

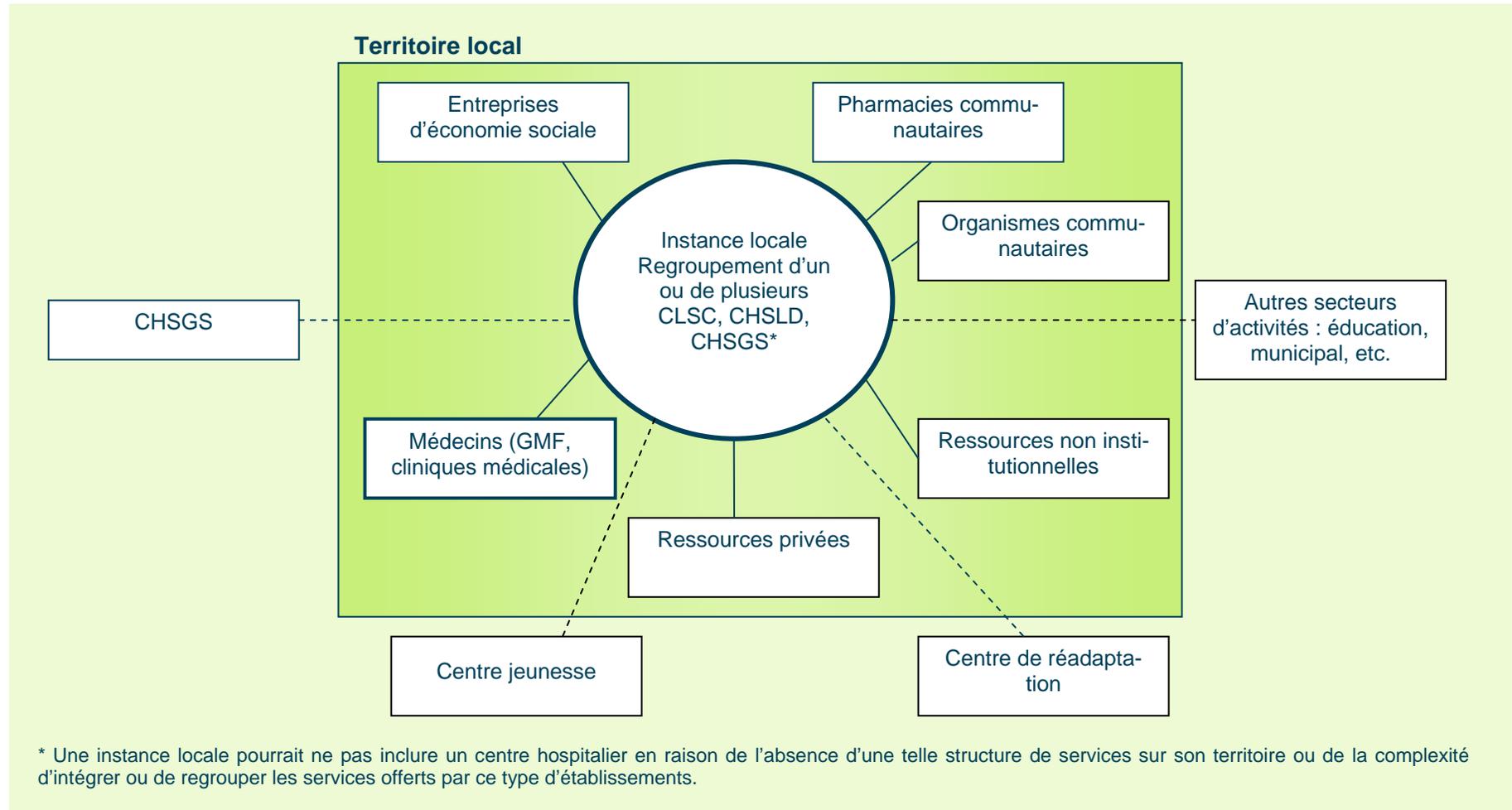
SANTÉ CANADA, *Rapport sur l'application de la Loi canadienne sur la santé 2004-2005*.

ANNEXE I : LES ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX RELEVANT DU MSSS AU 31 MARS 2006

- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS)
- Conseil de la santé et du bien-être
- Conseil médical du Québec
- Corporation d'hébergement du Québec
- Institut national de santé publique du Québec
- Régie de l'assurance maladie du Québec
- Office des personnes handicapées du Québec
- Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (depuis le 1er avril 2006, le Protecteur du citoyen accueille et traite les plaintes en matière de santé et de services sociaux.)
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie
- Conseil du médicament
- Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

ANNEXE II : LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

■ Les acteurs



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, « L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux », février 2004, p. 13.

CHSGS : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés , CHSLD : centre hospitalier de soins de longues durées, CLSC : centre local de services communautaires, GMF : groupe de médecine familiale

La création des RLS vise à faciliter l'intégration des services offerts aux citoyens sur un espace géographique. L'objectif de la réforme est d'accroître l'efficacité au sein du réseau en coordonnant mieux les actions cliniques, notamment grâce à la hiérarchisation des services, en mettant en place une approche dite « populationnelle » et, in extenso, en priorisant l'allocation des ressources afin d'améliorer l'accessibilité.

■ La hiérarchisation des services

Les services de soins de santé, comme l'ensemble des services rendus par le réseau de la santé et des services sociaux, sont l'objet au Québec d'une hiérarchisation. Ainsi, trois lignes de service ont été mises en place : la première ligne, qui rend des services de soins de santé primaires, la deuxième et la troisième lignes qui fournissent respectivement des services curatifs spécialisés et surspécialisés.

■ Les services primaires de soins de santé

Les services primaires correspondent au premier niveau d'accès au système de soins. Ils sont nommés communément « services de première ligne ». Ils sont destinés autant à l'ensemble de la population qu'à des clientèles ayant des besoins particuliers. Ils visent à répondre à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux usuels et variés. Ils s'appuient également sur des infrastructures et des technologies légères. La principale qualité attendue des services de première ligne est leur accessibilité. Sur ce point, l'urgence hospitalière est toujours considérée comme la porte d'entrée privilégiée des usagers aux services de soins malgré les initiatives répétées pour accroître la capacité de la médecine de famille et des CLSC.

■ Les services curatifs de soins de santé

Le deuxième niveau et le troisième niveau d'accès sont habituellement accessibles sur référence d'un professionnel. Les services de deuxième ligne permettent de traiter des problèmes de santé complexes, mais répandus. Ils exigent des expertises spécialisées et s'appuient habituellement sur une infrastructure particulière et une technologie avancée, quoique courante. Ils font l'objet d'une déconcentration sur l'ensemble du territoire.

Les services de troisième ligne, quant à eux, sont offerts sur une base nationale québécoise, concentrés dans un nombre limité d'endroits. Ils s'adressent à des personnes ayant des problèmes de santé et des problèmes sociaux très complexes, dont la prévalence est souvent plus faible. Ils requièrent l'expertise d'intervenants très spécialisés ayant des compétences rares dans un champ d'intervention de pointe. Ces services s'appuient sur des équipements, des technologies et des expertises sophistiqués et rares, qui ne peuvent pas être disponibles partout.