

Université de Montréal

**Équité d'utilisation des services de santé et de disponibilité des ressources en matière
de santé dans la province de Québec**

par

Félix Prophète

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise ès sciences (M.Sc.) en santé communautaire

Août 2012

© Félix Prophète, 2012

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
**Équité d'utilisation des services de santé et de disponibilité des ressources en matière
de santé dans la province de Québec**

Présenté par :
Félix Prophète

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Paul Lamarche, Ph. D.
Président - rapporteur

François Champagne, Ph.D.
Directeur de recherche

Nicole Leduc, Ph. D.
Membre du jury

Résumé

Objectif : L'objectif général de cette étude est de comprendre en quoi l'utilisation des services de santé et de disponibilité des ressources en santé au Québec sont équitables.

Méthodes : De type transversal et corrélationnel, cette étude intéresse les 95 territoires CSSS du Québec, et couvre les années 2006-2007 et 2008-2009. L'indice de défavorisation matérielle et sociale de Pampalon est mis en lien avec deux séries de variables, soit celles d'utilisation des services par CSSS (services hospitaliers; services médicaux; services CLSC) et celles de disponibilité des ressources (capacité financière; capacité matérielle, capacité humaine; viabilité). Pour ce faire, des analyses de variance ont été effectuées. Le modèle intégrateur de la performance des services de santé EGIPSS et celui de l'utilisation des services de santé de Donabedian servent de cadre d'analyse.

Résultats : L'utilisation des services de santé est équitable en ce qui concerne la défavorisation matérielle, mais pas en ce qui a trait à la défavorisation sociale. L'utilisation des services médicaux dispensés par les omnipraticiens est plus élevée chez les populations les plus favorisées socialement comparativement aux populations les plus défavorisées. Toutefois, l'utilisation des médecins spécialistes est plus équitable que celle des omnipraticiens, cela, chez les populations défavorisées autant matériellement que socialement. Les hospitalisations évitables sont plus élevées chez les populations les défavorisées socialement comparativement aux populations les plus favorisées. En termes de disponibilité des ressources, les populations défavorisées disposent de plus de ressources que les plus favorisées, sauf en ce qui concerne la répartition du personnel.

Conclusion : En général, il existe très peu d'iniquités dans l'utilisation des services de santé au Québec. Par ailleurs, la disponibilité des ressources en santé est relativement équitable au Québec, exception faite de la disponibilité du personnel.

Mots clés : Équité, CSSS, Utilisation de services de santé, Disponibilité de ressources, Indice de défavorisation.

Summary

Objectives: The general objective of this study is to understand in what the use of health services and the availability of health resources in Quebec are fair.

Methods: This cross-sectional and correlational study interests the 95 territories CSSS of Quebec, and covers the years 2006-2007 and 2008-2009. The material and social deprivation index of Pampalon is put in connection with two series of variables, such those of the use of the services by CSSS (hospital services; medical services; CLSC services) and those of availability of the resources (financial capacity; material capacity, human capacity; viability). To do it, analyses of variance were made. The integrative model of the health service performance (EGIPSS) and that of the use of the health services of Donabedian serve as frame of analysis.

Results: The use of health services is fair as regards the material deprivation, but not in what concerned the social deprivation. The use of medical services dispensed by the general practitioners is more raised at the population the most favored socially compared with the most disadvantaged population. However, the use of the specialists is fairer than that of the general practitioners, it, for the populations disadvantaged so materially as socially. The avoidable hospitalizations are more raised at the population the most disadvantaged socially compared with the most favored. In terms of the availability of resources, the disadvantaged populations have more resources than the most favored populations.

Conclusion: Generally, there are very few inequities in the use of health services in Quebec. Besides, the availability of the resources regarding health is relatively fair in Quebec, exception made by the distribution of the staff.

Keywords: Equity, CSSS, Use of health services, Availability of resources, Deprivation index.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	i
Summary	ii
Liste des tableaux	v
Liste des figures.....	vi
Sigles et abréviations.....	vii
Dédicace	ix
Remerciements.....	x
1.1 Objectif général.....	3
1.2 Problématique	3
1.3 Objectifs spécifiques.....	5
Chapitre 2 - État des connaissances	7
2.1 Concepts d'équité.....	7
2.2 Équité d'utilisation des services de santé et de disponibilité des ressources, considérations sur le Québec	12
2.2.1 Concept d'utilisation des services de santé.....	12
2.2.2 Équité d'utilisation des services de santé et de disponibilité des ressources	14
2.3 Mesure des inégalités en santé.....	17
Chapitre 3 - Cadre de référence et hypothèses.....	22
3.1 Modèle de Donabedian	22
3.2 Hypothèses de recherche.....	26
Chapitre 4 – Méthodologie.....	29
4.1 Stratégie et devis de recherche.....	29
4.3 Collecte des données.....	34
4.4 Stratégie d'analyse statistique des données	36
4.5 Validité et fiabilité des mesures.....	39

4.6 Validité interne de la recherche	40
4.7 Validité externe de la recherche.....	40
Chapitre 5 – Présentation des résultats	43
5.1 Hypothèse #1.....	43
5.2 Hypothèse #2.....	48
5.3 Hypothèse #3.....	55
Chapitre 6 – Discussion	69
6.1 Discussion	69
6.1.1 Hypothèse #1.....	69
6.1.2 Hypothèse #2.....	72
6.1.3 Hypothèse #3.....	75
6.1.4 Limites et forces de l'étude.....	77
Chapitre 7 - Conclusion	81
Wébographie :	83
Références:	84
LES ANNEXES.....	90
Annexe 1 : Approbation éthique	i
Annexe 2 : Définitions et méthode de calcul des indicateurs	iii
Annexe 3 : Précision sur le numérateur du taux de chirurgies d'un jour	xxi
Annexe 4 : Tableaux descriptifs de la répartition des indicateurs par catégorie de CSSS.....	xxii
Annexe 5 : Tableaux de résultats des ANOVA	xxvi

Liste des tableaux

Tableau I: Indicateurs de l'indice de défavorisation matérielle et sociale,.....	20
Tableau II : Liste des indicateurs des services médicaux	31
Tableau III : Liste des indicateurs d'acquisition des ressources par CSSS	33
Tableau IV : Sources des données d'utilisation des services et d'acquisition de ressources	35
Tableau V : Synthèse des résultats de l'utilisation des services de santé	48
Tableau VI : Synthèse des résultats de l'utilisation des services hospitaliers	54
Tableau VII : Synthèse des résultats de la distribution des ressources en santé	67
Tableau VIII : Indicateurs des services médicaux	iv
Tableau IX : Indicateurs des services hospitaliers	vi
Tableau X : Indicateurs de l'utilisation des services CLSC	viii
Tableau XI : Indicateurs de capacité financière.....	ix
Tableau XII : Indicateurs de capacité matérielle	xi
Tableau XIII : Indicateurs de capacité humaine	xiii
Tableau XIV : Indicateurs de capacité humaine (Personnel médical)	xiv
Tableau XV : Indicateur de pénurie	xv
Tableau XVI : Indicateurs de viabilité – Encadrement et administration	xvi
Tableau XVII : Indicateurs de viabilité – Capacité de recrutement,	xix
Tableau XVIII : Indicateurs de viabilité – Capacité de rétention.....	xx
Tableau XIX : Liens entre les variables d'utilisation des services de santé et l'indice de défavorisation matérielle.....	xxvii
Tableau XX : Comparaisons multiples des liens entre les variables d'utilisation des services de santé et l'indice de défavorisation matérielle.....	xxviii
Tableau XXI : Liens entre les variables d'utilisation des services de santé et l'indice de défavorisation sociale.....	xxix
Tableau XXII : Comparaisons multiples des liens entre les variables d'utilisation des services de santé et l'indice de défavorisation sociale	xxx
Tableau XXIII : Tests de Levene des liens entre les variables d'utilisation des services de santé et l'indice de défavorisation matérielle et sociale	xxxi

Tableau XXIV : Liens entre les variables de comparaison (santé mentale, santé physique, taux de chirurgie) et l'indice de défavorisation matérielle	xxxii
Tableau XXV : Comparaisons multiples des liens entre les variables de comparaison (santé mentale, santé physique, taux de chirurgie) et l'indice de défavorisation matérielle.....	xxxiii
Tableau XXVI : Liens entre les variables de comparaison (santé mentale, santé physique, taux de chirurgie) et l'indice de défavorisation sociale.....	xxxiv
Table XXVII : Comparaisons multiples des liens entre les variables de comparaison (santé mentale, santé physique, taux de chirurgie) et l'indice de défavorisation sociale ..	xxxv
Tableau XXVIII : Tests de Levene des liens entre les variables de comparaison (santé mentale, santé physique, taux de chirurgie) et l'indice de défavorisation matérielle et sociale.....	xxxvi
Tableau XXIX : Liens entre les variables de ressources et l'indice de défavorisation matérielle.....	xxxviii
Tableau XXX : Comparaisons multiples des liens entre les variables de ressources et l'indice de défavorisation matérielle.....	xl
Tableau XXXI : Liens entre les variables de ressources et l'indice de défavorisation sociale.....	xlii
Tableau XXXII : Comparaisons multiples des liens entre les variables de ressources et l'indice de défavorisation sociale	xliv
Tableau XXXIII : Tests de Levene des liens entre les variables de ressources et l'indice de défavorisation matérielle et sociale.....	xlvi

Liste des figures

Figure 1 : “A model for evaluating supply”	22
Figure 2 : Utilisation des services de santé et disponibilité des ressources, adaptées au modèle de Donabedian.....	25

Sigles et abréviations

ANOVA: Analyse de variance

AQUESS: Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

AS-471: Rapport financier des établissements

AS-478: Rapport statistique annuel

CD: Courte durée

CERES: Comité d'éthique de la recherche en santé

CHCD: Centre hospitalier de soins de courte durée

CHSGS: Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHSLD: Centre hospitalier de soins de longue durée

CIM: Classification internationale des maladies

CLSC: Centre local de services communautaires

CQA : Conseil Québécois d'agrément

CSSS: Centre de santé et de services sociaux

EGIPSS: Évaluation globale et intégrée des systèmes de santé

ETP: Équivalent en temps plein

GMF : Groupe de médecine de famille

H1 : Hypothèse #1

H2 : Hypothèse #2

H3 : Hypothèse #3

I- CLSC: Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC

IRSPUM : Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal

ISNPQ: Institut national de santé publique du Québec

ISQ: Institut de la statistique du Québec

LD: Longue durée

MED-ÉCHO: Maintenance et Exploitation des Données pour l'Étude des Clientèles Hospitalières

MSSS: Ministère de la santé et des services sociaux

OCDE: Organisation de coopération et de développement économique

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAR: Population attributable risk

PATH: Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals

RAMQ: Régie de l'assurance maladie du Québec

SII: Slope index of inequality

SIMASS: Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés

RLS: Réseaux locaux de services

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

Dédicace

Je dédie ce mémoire de maîtrise à ma fille Lynn-Sarah B. Prophète et à mon feu père Donatus Prophète. Dans mes moments d'abattement, rien qu'à penser à eux, je me trouve un surcroît d'énergie pour continuer à avancer. Puisse ce mémoire que je leur dédie témoigner combien je les aime.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de mémoire le Dr François Champagne. À la fin de mon baccalauréat en Psychologie et Sociologie, j'ai fait sous sa direction un stage où il m'a initié à la recherche dans le domaine de la santé publique. Et, au cours de ma maîtrise, il m'a assuré toute l'aide dont j'avais besoin tout le long de la conception et de la rédaction de mon mémoire : prêt de livres, suggestions sur les choix théoriques et méthodologiques, accès à la base de données de l'EGIPSS, etc. Après chacune des rencontres à son bureau, je ressortais toujours avec une meilleure compréhension de la direction que je dois imprimer à mon travail de recherche. Pour tout cela, je lui suis très reconnaissant.

Je tiens également à remercier les professeures Lise Gauvin et Datta Geetanjali qui m'ont beaucoup aidé lors de la rédaction de mon protocole de recherche. Leurs critiques positives, leurs conseils et leur mise en garde m'ont permis de mieux réfléchir sur la nécessité de l'esprit de synthèse, sur l'envergure de mon sujet de mémoire, et sur l'échéance dont il me fallait tenir compte.

Je ne saurais oublier Dre Pernelle Smits et Georges Thiebault Charles qui m'ont soutenu dans le choix de mon sujet de mémoire. Leurs conseils pratiques sur la façon de planifier mon travail de recherche ou mes rencontres avec mon directeur de mémoire se sont révélés gratifiants.

Mon frère Ritho Prophète a toujours su me supporter en dépit de la distance; il m'a fait réaliser par ses fréquents appels internationaux que je n'étais jamais seul et que je pouvais compter sur lui. Je lui suis très reconnaissant.

Enfin, tous mes efforts auraient été vains si ma compagne Targie Romain ne savait me créer un environnement chaleureux, favorable à l'apprentissage. Elle a su en tout temps me prêter une oreille attentive et m'être d'un support de premier ordre quand il m'arrive de douter de moi ou de mes efforts. Elle a grandement facilité le déroulement de mes études. Je lui suis fort reconnaissant. Tous ceux que je n'ai pas pu citer, je n'oublierai pas pour autant combien ils ont également contribué à ma réussite.

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

Chapitre 1 – Introduction

Cette étude sur l'équité en santé s'inscrit dans une perspective de performance des organisations de santé. Elle prend pour cadre le modèle intégrateur de la performance des services de santé EGIPSS [1] et le modèle d'utilisation des services de santé de Donabedian [2]. Au même titre que ces derniers modèles, elle tient compte de multiples facteurs qui concourent à faire varier l'utilisation des services par une population tels, par exemple, l'étendue des ressources disponibles [2], l'intérêt des professionnels de la santé et les priorités des décideurs [3, 4]. Aussi, elle conforte l'idée selon laquelle les interventions réalisées en amont, par les décideurs influencent amplement les déterminants de la santé, ainsi que la nécessité de disposer des moyens susceptibles de produire les résultats escomptés [5].

En ce qui concerne l'équité en santé, une décision ou une action dite adéquate consiste à réduire les écarts observés dans le schéma d'utilisation des services de santé au sein d'une population. Selon Asada, il existe une importante nécessité de tenir compte de la valeur accordée à l'équité dans la planification des politiques [6]. Dans une approche rationnelle, on s'attend à ce que les politiques publiques et les politiques de santé publique agissent sur des déterminants en santé [7], et réduisent les disparités de santé observées au sein des groupes socioéconomiques afin d'améliorer la santé de la population [8]. Ces disparités de santé sont souvent associées à un manque d'accès aux soins et services de santé.

L'accès adéquat aux soins de santé demeure essentiel à la santé, pourtant certaines personnes ou groupes sociaux obtiennent difficilement des services de santé [9]. Au Québec, si les services de santé revêtent un caractère universel et libre [10], les milieux urbains bénéficient davantage de ressources médicales de première ligne [11]; cela se traduit en effet par une utilisation différentielle des services par les usagers [12]. Au niveau des agences de santé, il est soutenu que les mécanismes de reddition de comptes mis en place au Québec sont surtout axés « sur les volumes d'activités, l'équilibre budgétaire et le respect de certaines orientations politiques, le tout érigé en silos relativement étanches » (p. 108) alors que l'adoption d'une perspective d'équité exigerait d'autres méthodes telles : l'analyse comparative de l'accessibilité géographique et temporelle entre régions et sous-

régions, la prise en compte de l'utilisation différentielle de services par la population et des clientèles cibles, et les résultats de santé obtenus [13].

1.1 Objectif général

L'objectif général de ce projet de recherche consiste à comprendre en quoi l'utilisation des services de santé par la population québécoise et la disponibilité des ressources dans le domaine de la santé sont équitables.

1.2 Problématique

Un système de santé comporte plusieurs finalités dont l'amélioration de la santé de la population [14], et cela, en augmentant « l'impact positif des soins et des services sur l'état de santé de la population (efficacité), tout en réduisant les écarts qui caractérisent la distribution des états de santé entre différents groupes (équité) » (p. 25) [15]. Ces différentes actions reflètent la plupart des décisions qui sont souhaitables à différents niveaux d'un système de santé. Compte tenu des besoins en santé de la population et en fonction d'un accès adéquat aux soins, les politiques de santé dans la plupart des pays de l'OCDE, dont le Canada, accordent une place importante à la réduction des inégalités en santé [16]. Par contre, certaines études portant sur les inégalités et les iniquités en santé au Canada présentent une version moins positive des faits. Par inégalités en santé, on entend des disparités en santé ou dans ses déterminants sociaux qui favorisent les groupes les plus avantagés [17]; les iniquités en santé réfèrent par ailleurs à des différences en termes d'opportunités entre différents groupes de la population, ce qui résulte, par exemple, en une inégalité dans l'accessibilité aux services de santé [18]. Plus d'un auteur est d'avis qu'il est impossible d'affirmer qu'à besoin équivalent, les personnes reçoivent les traitements similaires peu importe le niveau de revenu [19]. Dans le rapport 2008 sur l'état de la santé publique au Canada, il est reconnu que tous les Canadiens ne sont pas égaux en ce qui concerne la santé [9]. Certains résultats de recherche soutiennent également l'existence d'un écart significatif entre les déclarations de politiques dont l'objectif consiste à réduire les inégalités sociales de la santé, et les actions concrètes visant la réalisation de cet objectif [20, 21]; Les inégalités sociales de santé renvoient à des différences systématiques dans l'état de santé entre les groupes socioéconomiques d'une

population [10]. Dans le même ordre d'idées, la plupart des données factuelles observées sur la disparité des états de santé au sein de la population québécoise, soit entre les groupes les plus favorisés et les groupes les moins favorisés [10], ne concordent pas avec les considérations d'équité des politiques de santé du système. Au Québec, si les décideurs à l'échelle nationale se préoccupent de différentes formes d'équité dans la planification des politiques générales de santé de la population, comme cela est énoncé dans les documents du ministère de la santé et des services sociaux [13], la mise en œuvre pratique des considérations d'équité aux niveaux régional et local ne reflète nécessairement pas les décisions prises par ces décideurs. Il en résulterait différents schémas de l'utilisation des services de santé au sein de la population, dont certains sont à l'encontre du critère d'équité en santé d'«*utilisation égale pour besoin égal*» sans contrainte des désavantages sociaux et économiques, comme il est défini par Whitehead (1991) [22].

Au Québec, dans les centres de santé et des services sociaux (niveau local), une utilisation équitable des services de santé s'avère difficile à documenter. Cette situation soulève plusieurs questions sur l'application réelle de l'équité en santé dans les territoires CSSS du Québec, notamment en ce qui concerne d'une part la distribution équitable des ressources nécessaires, d'autre part l'utilisation des services de santé par la population. Dans le cadre de cette étude, la question qui nous préoccupe le plus consiste à savoir en quoi l'utilisation des services de santé et la disponibilité des ressources sont équitables, compte tenu des besoins en santé de la population québécoise.

Question de recherche

À quel point peut-on dire que l'utilisation des services de santé et la disponibilité des ressources dans le domaine de la santé au Québec sont équitables?

Intérêt de la recherche

Cette étude, en s'intéressant à la distribution différentielle des ressources en matière de santé et à l'utilisation différentielle des services de santé au Québec, compte produire des données reflétant en partie l'effet de la prise de décisions sur les politiques d'équité d'utilisation des services de santé et de disponibilité de ressources au sein du système de

santé québécois. Elle pourrait contribuer à alimenter les données utiles à la définition de stratégies de réduction des iniquités en matière de santé.

Selon certains écrits, l'hospitalisation d'une personne entraîne généralement un coût supérieur à celui des soins médicaux qu'elle aurait reçus en absence d'un besoin d'hospitalisation [23]. Par ailleurs, il semble que les populations les plus défavorisées risquent d'attendre que leurs problèmes de santé s'aggravent, au risque de nécessiter une hospitalisation, cela, avant de recourir aux services du système de soins de santé. Conséquemment, dans la mesure où une utilisation inéquitable des services de santé ou une disponibilité inéquitable des ressources en santé contribue à aggraver l'état de santé de certains groupes de la population, les dépenses subséquentes d'un système de santé assurant une couverture universelle risquent de s'alourdir de surcroît. Ainsi, les résultats de cette étude peuvent aider à mieux comprendre la nécessité d'une planification et d'une distribution équitable des ressources et des services de santé entre les CSSS et à l'intérieur de chacun d'eux.

1.3 Objectifs spécifiques

En vue de répondre à la question de recherche, nous poursuivons deux objectifs spécifiques, soit :

1. Analyser les écarts d'utilisation des services de santé dans la province du Québec en fonction des besoins de santé tels qu'estimés par l'indice de défavorisation matérielle et sociale des populations de chaque territoire CSSS.
2. Analyser les écarts de distribution des ressources disponibles dans les territoires CSSS du Québec pour fournir des services de santé, compte tenu des besoins en santé de la population tels qu'estimés par l'indice de défavorisation matérielle et sociale.

CHAPITRE 2 :

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Chapitre 2 - État des connaissances

Dans cette revue, l'équité d'utilisation des services de santé réfère au fait que les services de santé dispensés sont utilisés par les différents groupes d'une population selon leurs besoins en santé respectifs, cela, sans égard à leurs conditions matérielles ou sociales; la disponibilité de ressources est équitable lorsque les ressources disponibles en matière de santé ont été attribuées en fonction des populations à desservir, de leurs caractéristiques sociosanitaires, notamment en fonction de leurs besoins en santé. Ces différents concepts d'équité font principalement l'objet de cette revue de littérature. Cette dernière comporte trois sections. Ce sont respectivement 1) la présentation des concepts d'équité proprement dit et d'équité en santé; 2) l'équité d'utilisation des services de santé et de disponibilité des ressources en santé au Québec; 3) et les différentes formes de mesure du concept d'équité en santé.

2.1 Concepts d'équité

Cette section de la revue traite des concepts d'équité en santé, de l'utilisation des services de santé.

La littérature présente peu de consensus sur la signification précise attribuée au concept d'équité [22, 24, 25]. Cela peut être dû à plusieurs facteurs tels, par exemple, le caractère multidimensionnel du concept [25], le lien existant entre l'égalité en santé et l'équité en santé, et la notion de la justice sociale (*pouvant varier selon le contexte politique, idéologique, social et culturel*) à laquelle l'équité se rattache. Par ailleurs, la réduction et ultimement l'élimination des disparités en santé exigent que les décisions prises dépassent le cadre des discussions sur l'inégalité et de considérer plutôt ce qui est inéquitable [26]. Il importe de comprendre la différence entre les concepts d'égalité et d'équité en santé, puis de choisir les définitions qui favorisent leur opérationnalisation.

Différences entre équité et égalité en santé

Les concepts d'inégalité et d'égalité réfèrent à des quantités mesurables, alors que les concepts d'iniquité et d'équité expriment une considération morale liée à la justice sociale [27].

Les disparités ou les inégalités en santé correspondent à des différences entre les plus désavantagés dans une certaine catégorie et les mieux nantis (tels, par exemple, les plus riches, le groupe ethnique/racial le plus avantage) [24, 27]. En vue de guider la mesure des disparités en santé, cela après la revue des écrits majeurs sur le concept d'inégalité en santé¹, Braverman (2006) propose la définition opérationnelle suivant laquelle : « Health disparities/inequalities are potentially avoidable differences in health (or in health risks that policy can influence) between groups of people who are more or less advantaged socially; these differences systematically place socially disadvantaged groups at further disadvantage on health » (p. 14). Il s'avère que cette définition des disparités ou des inégalités en santé se rapproche fort bien de celle de l'iniquité en santé.

L'iniquité en santé réfère aux inégalités reflétant une certaine forme d'injustice [27], ce qui rejoint les propos de Whitehead statuant que: « the term inequity has a moral and ethical dimension. It refers to differences which are unnecessary and avoidable but, in addition, are also considered unfair and unjust. So, in order to describe a certain situation as inequitable, the cause has to be examined and judged to be unfair in the context of what is going on in interest of society » (p. 5) [28]. Selon Contandriopoulos et Trottier (1995), « l'équité traduit la volonté de rendre les individus égaux par rapport à une situation donnée; et en vertu de ce principe d'égalité, il importe de réduire les écarts jugés injustes dans certaines situations (soit des ressources per capita, les services utilisés, la santé, etc.) entre des entités (soit des régions, des individus, des organisations, des programmes, etc.) » (p. 101) [13]. L'*équité en santé* désigne en effet l'absence de différences systématiques et potentiellement remédiables [24, 29] dans l'état de santé de différents groupes dans une population [21]. Dans le modèle intégrateur de la performance des systèmes de santé (EGIPSS) l'équité en santé correspond à la « responsabilité collective

¹ Money (1983), Aday (1984), Whitehead (1990), Wagstaff (1993)

pour répartir de façon juste (en fonction des besoins) les services de santé / la santé entre les individus, des groupes, des régions, etc. » (p. 31) [30].

De ces considérations il ressort deux aspects distincts. D'une part, plusieurs formes d'inégalité sont dites inévitables [27]; d'autre part, toutes les inégalités en santé ne peuvent pas obligatoirement être considérées comme de l'iniquité en santé. Ainsi, la différence fondamentale existant entre l'égalité et l'équité en matière de santé consiste au fait que « la détermination des iniquités suppose un jugement normatif de la part d'une personne, jugement qui est fondé sur a) ses concepts de la justice; b) ses concepts de la société; c) son raisonnement relatif à l'origine des inégalités en matière de santé » (p. 8) [31]. Toutefois, en dépit de la distinction existant entre l'égalité en santé et l'équité en santé, le concept d'égalité est indispensable dans l'opérationnalisation et la mesure de l'équité en santé. Dans l'identification de l'iniquité ou de l'injustice, il est nécessaire de stratifier les différentes catégories entre lesquelles on observe des inégalités de santé [8]. Aussi, l'équité ou l'iniquité étant des concepts normatifs, ils ne peuvent pas être mesurés directement; il importe d'abord de statuer sur l'existence des inégalités en santé avant d'affirmer l'existence ou non d'iniquité.

La section suivante traite de quelques types d'équité.

Équité horizontale et équité verticale

Il existe plusieurs perspectives idéologiques de l'équité, soit l'égalitarisme et le libéralisme. Les tenants de l'égalitarisme conçoivent que l'accès aux soins soit assuré à chacun; alors que selon les tenants du libéralisme, l'accès aux soins relève d'un privilège et non d'un droit [22]. La perspective égalitariste est consistante avec plusieurs théories, telles la théorie de l'égalité des capacités de Sen [32], la théorie de justice sociale de Rawls [33].

Money (1983) identifie deux types d'équité, soient l'équité horizontale et l'équité verticale [24]. L'équité horizontale correspond au principe de traitement égal pour besoin égal, alors que l'équité verticale réfère au principe de traitement différent pour des besoins différents. Cette recherche s'intéresse à l'équité horizontale.

La littérature présente de nombreuses classifications des dimensions du concept d'équité en santé, bien que la plupart d'entre elles soient quasi similaires.

Angles d'approche de l'équité

Certains auteurs parlent d'équité de santé dans de nombreux domaines tels la contribution au financement des services de santé, la santé et le bien-être entre des populations, l'accès aux services sans contraintes de milieu géographique ou des situations financières des individus, et également dans l'allocation des ressources entre des communautés ou des territoires [34].

Cuylar et Wagstaff identifient quatre définitions de l'équité en soins de santé en lien avec les différents angles d'approche du concept; ce sont : utilisation égale; distribution selon les besoins; accès égal; et résultats de santé égaux [35]. Bordeleau (2007) opérationnalise le concept en cinq (5) grandes catégories, soit : l'équité dans les moyens financiers; l'équité dans l'offre des services; l'équité d'accès; l'équité des résultats obtenus; et l'équité dans la consommation (utilisation) des services [13].

Le caractère multidimensionnel du concept d'équité le rend donc difficile à circonscrire. Toutefois, dans une perspective décisionnelle en matière d'équité en santé, Whitehead (1991) se base sur les principes d'équité proposés par Mooney afin d'en proposer une définition opérationnelle. Pour ce faire, l'auteure tient compte de trois dimensions soit l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité [22]. Ainsi, en référence aux propos de l'auteure, une situation est dite équitable lorsqu'elle satisfait aux critères suivants:

- 1) Accès égal aux soins disponibles pour des besoins égaux;
- 2) Utilisation égale pour besoin égal;
- 3) Qualité égale de soins pour tous.

Le critère "*d'accès égal*" implique une couverture universelle des soins, des allocations en fonction des besoins, et la levée des barrières à l'entrée du système de santé telles, par exemple, les barrières géographiques. Le critère "*d'utilisation égale pour besoin égal*" implique une utilisation appropriée des services essentiels, sans contrainte des désavantages sociaux et économiques. Le critère de "*qualité égale pour tous*" implique l'absence de traitements préférentiels basés sur des raisons autres que les besoins; ainsi, il

implique l'application des mêmes standards professionnels pour tous et acceptables par tous les individus ou les groupes.

L'équité en santé peut également être appréhendée sous l'angle de la performance d'une organisation de santé.

Équité dans les modèles d'utilisation de la performance

Dans un contexte de performance des organisations de santé, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère l'équité comme un des trois objectifs fondamentaux d'un système de santé [30] et la place dans la dimension de l'atteinte des buts où sont classifiés la plupart des indicateurs de performance d'un système de santé.

Au Québec, plusieurs chercheurs ont développé un modèle intégrateur de performance des organisations de santé (EGIPSS) [30]. Contrairement au cadre de performance de l'OMS, le concept d'équité y est réparti au niveau de quatre (4) sous-dimensions, elles-mêmes reliées à trois (3) des dimensions du dit modèle, soient : atteinte des buts, production et adaptation. Au niveau des dimensions de l'atteinte des buts et de l'adaptation, l'équité est appréhendée dans une perspective populationnelle.

L'atteinte des buts concerne la capacité d'une organisation de santé d'atteindre ses buts fondamentaux telle l'amélioration de l'état de santé des individus et de la population. Cette dimension s'intéresse aux mesures d'efficacité, d'efficience, de satisfaction de la population et d'équité de santé [30].

La production concerne le noyau technique de l'organisation. Elle est mesurée par les indicateurs de volumes de soins et de services, ceux de la productivité, ceux de la qualité technique et non technique [30].

L'adaptation concerne d'une part l'acquisition et la disponibilité des ressources nécessaires au maintien et au développement des activités des établissements de santé et des services sociaux, d'autre part elle renvoie à la transformation de ces établissements afin de s'adapter aux différents changements survenant dans leur environnement. Les principales mesures de cette dimension intéressent la disponibilité des ressources

(matérielles, financières et humaines), l'ajustement aux besoins de santé de la population, la mobilisation de la communauté et l'innovation [30]. Selon le modèle, l'équité peut être analysée au niveau de la disponibilité des ressources et de l'ajustement aux besoins de la population.

La prochaine section de la revue traite du concept d'utilisation des services de santé proprement dit, des modèles d'utilisation des services de santé, de l'équité d'utilisation des services et de disponibilité des ressources en matière de santé.

2.2 Équité d'utilisation des services de santé et de disponibilité des ressources, considérations sur le Québec

2.2.1 Concept d'utilisation des services de santé

Définition du concept d'utilisation des services de santé

L'utilisation des services de santé renvoie à une interaction entre consommateurs et fournisseurs de soins dans un environnement organisationnel donné [36]. Selon Oleske (2001), « health care utilization refers to the category and purpose of health care services rendered or sought » (p.10) [37]. Dans cette perspective, l'utilisation des services s'inscrit dans une dynamique continue entre la demande de la population et l'offre du système de santé. Cette recherche inclut les services assurés par les médecins ou d'autres professionnels de la santé, l'utilisation des services d'hospitalisations et de visites cliniques, compte tenu des ressources disponibles et des besoins de santé de la population. Il existe donc plusieurs niveaux de services de santé.

Les services de santé pour la prévention des maladies peuvent être rendus ou cherchés à trois niveaux, soient les niveaux d'intervention primaire, secondaire, ou tertiaire. Les services de prévention primaire correspondent à des activités ou initiatives entreprises en vue de réduire la possibilité d'état morbide ou de prévenir la survenue d'un problème de santé chez des individus en bonne santé. Les services de prévention secondaire réfèrent à des activités ou à des initiatives visant la réduction de la morbidité ou de la mortalité qu'un problème de santé est susceptible de causer, grâce à l'identification précoce de la maladie avant l'apparition de ses signes et symptômes, facilitant ainsi une intervention corrective

également précoce. Les services de prévention tertiaire renvoient à des activités et à des initiatives réduisant la morbidité, la mortalité et les complications chez les individus ayant déjà des problèmes de santé [38]. Le plus souvent, le premier niveau est assuré par les omnipraticiens, et les autres niveaux par des professionnels spécialisés, bien qu'il puisse exister un chevauchement de responsabilités entre ces deux types de praticiens.

En fait, l'utilisation des services de santé implique plusieurs aspects d'un système de santé; elle peut servir à mesurer d'une part la capacité ou la productivité d'un système de santé, d'autre part elle est utilisée comme proxy de mesure des besoins en santé, de l'état de santé, ou des résultats en santé. Aussi, la mesure de l'utilisation des services de santé peut aider à planifier adéquatement une offre de services qui serait mieux adaptée aux variations des caractéristiques des populations.

Quelques facteurs de variation de l'utilisation des services de santé

Certains facteurs peuvent entraîner une variation de l'utilisation des services de santé selon différents schémas. Ces derniers peuvent consister en une sur-utilisation, une sous-utilisation ou en une utilisation inadéquate des services de soins de santé. La plupart des auteurs notent des facteurs socioculturels, des facteurs organisationnels (disponibilité des ressources, accessibilité géographique, accessibilité sociale, caractéristiques de la structure et des processus de soins), des facteurs liés au consommateur (facteurs sociodémographiques, facteurs sociopsychologiques), des facteurs liés au fournisseur de soins (soit des facteurs économiques et les caractéristiques du fournisseur) [36]. Tous ces facteurs sont consistants avec les éléments du modèle de l'utilisation de Donabedian [2] qui aide à structurer le cadre d'analyse de cette étude.

Modèles d'utilisation des services

Plusieurs modèles conceptualisent l'utilisation des services de santé [2, 38].

Le modèle d'Andersen et Newman met l'accent sur trois séries de facteurs déterminants de l'utilisation des services de santé, soit : les déterminants sociétaux (normes et technologies), les caractéristiques du système de services de santé (ressources, organisation) et les déterminants individuels (facteurs prédisposants, facteurs facilitants, le

niveau de maladie) [7]. Selon ce modèle, les facteurs sociétaux agissent sur les facteurs individuels autant directement qu'indirectement, et cela, en influençant les caractéristiques du système de santé. Ce dernier agit sur les facteurs individuels afin de déterminer l'utilisation qui est faite des services de santé. Les facteurs individuels se partagent en plusieurs sous-types tels les facteurs prédisposants (la démographie, la structure sociale, les croyances), les facteurs facilitants (ressources familiales et communautaires), et le niveau de maladie (perçu, évalué). Dans le cadre de ce modèle, l'utilisation des services de santé est caractérisée par le type de services (soins hospitaliers, soins médicaux, médicaments et médications, soins dentaires, soins infirmiers à domicile, autres), le niveau de soins (soins primaires, soins secondaires, soins tertiaires, soins de réhabilitation) et l'unité d'analyse (contact, volume, épisode de soins).

Dans le modèle de Donabedian, l'utilisation des services est entendue comme la résultante de comportements et d'interactions de clients ou de professionnels en réponse à certains événements ou situations que les uns, les autres, tous ensemble considèrent comme pertinents pour les soins de santé. Il met l'accent sur les besoins, les ressources disponibles et les services utilisés dans un contexte organisationnel donné [2]. Vu sa cohérence avec les variables prises en compte dans cette étude (soit, besoins, ressources, utilisation), ce modèle sert de cadre approprié pour les analyses; il sera mieux développé dans une section ultérieure.

La section suivante de la revue définit l'équité d'utilisation des services de santé et de disponibilité des ressources comme elle est appréhendée dans certains pays industrialisés, dont le Canada.

2.2.2 Équité d'utilisation des services de santé et de disponibilité des ressources

Définition de l'équité d'utilisation

L'équité d'utilisation correspond à la situation où les individus ayant des besoins égaux de santé, ont accès et utilisent des traitements similaires indépendamment de leurs caractéristiques démographiques ou de leurs situations socioéconomiques. Les résultats d'une étude réalisée sur 14 pays de l'OCDE, dont le Canada, mesurant l'équité d'utilisation des services par rapport à l'équité horizontale, montrent qu'il est impossible

d'affirmer qu'à besoin équivalent, les personnes reçoivent les traitements similaires peu importe le niveau de revenu [19]. Ce constat compte même pour les pays dont les habitants bénéficient d'une couverture quasi-universelle d'assurance-maladie. Le Canada et le Québec ne font pas exception à la règle. Les conclusions s'accordent sur le fait que la plupart des pays européens et le Canada ont atteint un degré assez élevé d'équité horizontale pour les services d'un omnipraticien, alors que la situation est différente pour les services de santé offerts par les spécialistes [19].

Considérations générales sur l'équité d'utilisation des services de santé

De façon universelle, peu importe le niveau du revenu national, l'état de santé correspond au gradient social; ainsi, dans un rapport de l'OMS il est soutenu que « plus la condition socioéconomique est basse, moins la santé est bonne » [39]. Selon Lynch et Kaplan, il n'y a aucun doute que la position socioéconomique des individus, des groupes et des endroits où ils vivent déterminent leur niveau de santé ou de maladie [40]. Dans une démarche de compréhension des inégalités en santé, le groupe d'études Erasmus observe que les comportements différenciés de groupes d'individus appartenant à des classes socioéconomiques différentes sont les causes les plus importantes des inégalités en santé [41]. De même, une étude portant sur l'évaluation et la disponibilité de certains indicateurs de l'inégalité de l'état de santé, de l'accès et de l'utilisation des soins dans les pays de l'OCDE, démontre que « les personnes appartenant à des groupes socioéconomiques désavantagés ont tendance à avoir des taux de morbidité, d'incapacité et de mortalité plus élevés, à utiliser moins de services préventifs et de soins spécialisés que ce à quoi on pourrait s'attendre sur la base de leurs besoins, et à payer une plus large part de leur revenu pour se procurer certains biens et services de santé » (Traduction : p. 12) [16]. Par ailleurs, on observe une utilisation plus importante des services de médecins spécialistes chez les gens qui ont des revenus plus élevés, alors que les individus moins nantis tendent à utiliser les services de médecins généralistes [19, 42]. Toutefois, cette dernière situation ne traduit pas tout à fait la réalité québécoise dans la mesure où le système de santé met beaucoup l'accent sur la promotion des soins primaires, bien que certaines réserves s'imposent.

Équité d'utilisation des services de santé et de disponibilité de ressources au Québec

En dépit des régimes d'assurance-maladie dont les Canadiens bénéficient, certaines personnes ne bénéficient pas des soins de santé [9]. Depuis plusieurs décennies, il se dégage une constante dans beaucoup de travaux canadiens et québécois établissant la « persistance d'écarts importants en matière de santé et de bien-être entre les mieux nantis et les plus démunis » (p. 5) [43], cela, en dépit de l'amélioration de la situation socio-sanitaire de la population québécoise en termes de baisse des indices de mortalité et de morbidité [43]. Selon la plupart des auteurs, il existe d'importantes différences selon le statut socio-économique dans l'état de santé déclaré, l'accès aux ressources et certains facteurs de risque [43]. Il est largement documenté que l'utilisation des services de santé chez les populations les plus défavorisées diffère significativement de celle des classes aisées ou moyennes. Par exemple, dans une étude intéressant le CSSS de la Vieille-Capitale (au Québec), la plupart des auteurs observent que les populations défavorisées utilisent moins les services préventifs et les services de certains médecins spécialistes, alors qu'elles utilisent plus les services des médecins de famille [44]. Pourtant, il est soutenu que la politique gouvernementale se préoccupe des inégalités de santé attribuables à des facteurs modifiables, notamment ceux jugés injustes [31].

Au Québec, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont responsables de l'organisation des services de santé et sociaux afin de répondre de façon adéquate aux besoins sociosanitaires de la population de leur territoire. Cela appelle par ailleurs une certaine flexibilité dans l'allocation des ressources en matière de santé; ainsi les ressources doivent être assignés à l'endroit où les problèmes de santé le nécessitent [45]. Les politiques de santé de ces CSSS sont censées rester cohérentes « avec les orientations ministérielles et régionales, dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience alors reconnus ainsi que des ressources disponibles » (p. 11) [46]. Chaque CSSS fait face à une double responsabilité consistant d'une part à élaborer un projet clinique adapté aux besoins de son territoire de desserte et de joindre l'offre des services aux ressources du milieu, d'autre part à conduire ses partenaires à participer à la réalisation de ce projet [46]. Certains écarts sont observés entre ces responsabilités reconnues aux CSSS et la situation vécue par la population desservie.

Dans une appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux dans quatre CSSS du Québec il est soutenu ce qui suit sur le plan de l'équité :

« Les personnes rencontrées déplorent que l'éloignement des grands centres, associé aux difficultés à avoir accès à un médecin de famille, cause des iniquités pour une partie de la population. L'inégalité dans l'accès aux services est particulièrement ressentie par les personnes économiquement défavorisées. On observe que les problèmes se manifestent aussi pour l'accès aux services des deuxième et troisième lignes, aux services de santé mentale et aux services sociaux en général. On déplore également que le manque de ressources presque chronique dans ces secteurs oblige les gens à payer pour obtenir des soins (déplacements, hébergement, frais de consultation en santé mentale particulièrement) » (p. 15) [34].

Cette situation est consistante avec le constat fait par le Ministère des services de santé et des services sociaux du Québec en 1991 sur l'allocation des ressources par le gouvernement entre les dispensateurs de services. Selon ce constat, les ressources ne sont pas distribuées sur le territoire en fonction des besoins de santé et des caractéristiques sociosanitaires des populations à desservir [47]. Ces données obtenues sur les CSSS ne sont pas souhaitables; elles entrent donc en contradiction avec certains prescrits de la Loi sur la santé publique du Québec. Selon cette dernière, les volets de programmes doivent cibler des actions efficaces pouvant influencer, parmi d'autres, les inégalités en matière de santé et de bien-être, notamment chez les groupes les plus vulnérables de la population [31].

En termes de ressources en santé, il est soutenu que le budget global des établissements évolue de façon historique, ce qui ne tient pas en compte l'évolution réelle de l'offre en matière de types ou de volume de soins et services [48]. Cette situation reproduit à la longue d'une part de l'iniquité dans le financement des établissements, d'autre part des problèmes d'équité et d'accès aux services dans le système de soins [48].

2.3 Mesure des inégalités en santé

Cette section de la revue concerne les mesures des inégalités de santé. Par ailleurs, il importe de reconnaître que ces mesures servent également à apprécier l'équité de l'utilisation des services de santé et de disponibilité des ressources dans un système ou une organisation de santé.

Deux approches sont d'ordinaire utilisées dans l'estimation des inégalités en santé : la mesure de la distribution du statut de santé entre les individus dans une population; la mesure des différences en santé entre des groupes sociaux [27].

Selon Murray et al (1999), l'approche de mesure de la distribution du statut de santé entre les individus dans une population est analogue à la distribution du revenu et n'exige pas le recours à des variables référant à des groupes sociaux [27]. Cette approche mesure surtout l'inégalité, sans porter un jugement normatif à la recherche de l'origine des inégalités entre des groupes sociaux.

Par contre, la mesure des différences en santé entre des groupes sociaux différents est la plus commune. Dans cette perspective, les groupes sont d'abord définis, puis on examine les différences de santé entre eux. Cette approche sous-entend une distribution inégale (et souvent injuste) de ressources et d'opportunités entre les différents groupes de la société. Elle est considérée comme la plus appropriée pour mesurer les iniquités en santé.

Choix des indices

Carr-Hill et Chalmers-Dixon (2002) évoquent trois questions fondamentales nécessaires lors du choix d'une mesure d'inégalité. Ce sont *l'unité à comparer*, *le type d'inégalité à mesurer*, et *la finalité de la mesure* [49]. Dans le cadre de cette étude, le CSSS est l'unité de mesure; l'inégalité mesurée concerne l'utilisation des services de santé et les ressources disponibles dans chacun des 95 CSSS du Québec; la finalité consiste à analyser l'effet des politiques de santé portant sur l'équité d'utilisation des services de santé et de la disponibilité des ressources en matière de santé au Québec.

Les indices retrouvés dans la littérature et permettant de mesurer les inégalités et l'iniquité en santé varient d'une part selon la difficulté liée à leurs calculs, et d'autre part selon leurs exigences en termes des données nécessaires. Parmi les plus fréquemment utilisés, on note :

1. Proportion et différence de taux
2. Indice d'effet basé sur la régression
3. Fraction étiologique

4. Indice de dissimilitude
5. Indice de pente d'inégalité et indice relatif d'inégalité (SII et RII)
6. Coefficient de Gini et courbe de Lorenz
7. Courbe de concentration et indice de concentration [50-52].

Cette liste d'indices de mesure des inégalités en santé n'est pas exhaustive; elle donne toutefois une idée des possibilités de mesure des concepts. Parmi ces indices, seules les mesures sur les taux sont utilisées pour l'analyse des données disponibles.

Dans le cadre de ce mémoire, la mesure du caractère équitable de l'utilisation des services de santé et de la disponibilité des ressources en santé se fait à l'aide des taux (de certains indicateurs appropriés) et de l'indice de défavorisation. Les calculs sur les taux évaluent les différences relatives entre les différents groupes de la population. L'indice de défavorisation permet d'évaluer les inégalités sociales de santé dans le temps et dans l'espace.

Indice de défavorisation

Beaucoup de travaux antérieurs [9] ont déjà établi « les liens entre le statut socioéconomique, le niveau de scolarité, la qualité du logement ou la situation d'emploi et bon nombre de problèmes de santé physique et de problèmes psychosociaux » (p. 69) [31]. Intuitivement, il s'avère que plus une population est défavorisée, plus elle tend à avoir des besoins de santé à combler. Au Québec, certains chercheurs ont développé l'indice de défavorisation à partir de plusieurs indicateurs socio-économiques. Cet indice donne une mesure relative des besoins de la population, dont ceux relatifs à la santé de cette dernière.

L'indice de défavorisation étant un indicateur composite formé de plusieurs indicateurs socioéconomiques, il donne une idée plus juste et plus complète du statut socio-économique des individus. Il comporte deux dimensions, soient la dimension matérielle et la dimension sociale. La dimension matérielle comprend les variables de revenu, de scolarité et de l'emploi; la dimension sociale rend compte de l'état matrimonial, le fait de vivre seul ou dans une famille monoparentale [53]. Les différents indicateurs composites de cet indice sont présentés dans le tableau suivant :

	Indicateurs	Définition
Composante matérielle	SCOLAR	Proportion de personnes de 15 ans et plus n'ayant aucun certificat ou diplôme d'études secondaires
	EMPLOI	Proportion de personnes de 15 ans et plus occupant un emploi
	REVENU	Revenu moyen des personnes de 15 ans et plus recevant un revenu de différentes sources
Composante sociale	SEULES	Proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules dans leur ménage
	S_D_V	Proportion de personnes de 15 ans et plus dont l'état matrimonial légal est soit séparé, divorcé ou veuf
	F_MONO	Proportion de familles monoparentales

Tableau I: Indicateurs de l'indice de défavorisation matérielle et sociale,
Tirés de Pampalon et al (2010) [54]

L'indice montre une quasi stabilité de ses valeurs pour les recensements de 1991, 1996, 2001 et 2006 réalisés au Québec [54]. Dans le cadre de cette recherche, la version 2006 de l'indice de défavorisation du Québec est utilisée pour les différentes analyses.

CHAPITRE 3 :
CADRE DE RÉFÉRENCE ET HYPOTHÈSES

Chapitre 3 - Cadre de référence et hypothèses

Le modèle de Donabedian met l'utilisation des services en lien avec les besoins de santé et des ressources disponibles pour dispenser les services. Il ne traite pas directement de l'équité; toutefois les liens qu'il fait entre différentes variables permettent d'effectuer une analyse de l'équité d'utilisation des services de santé et de disponibilité des ressources en santé. Vu sa pertinence pour l'analyse des hypothèses de cette étude, il sert de cadre théorique de référence.

3.1 Modèle de Donabedian

Le modèle général d'évaluation de l'offre des services de Donabedian sert de cadre de référence pour cette recherche. Il est illustré dans le tableau suivant :

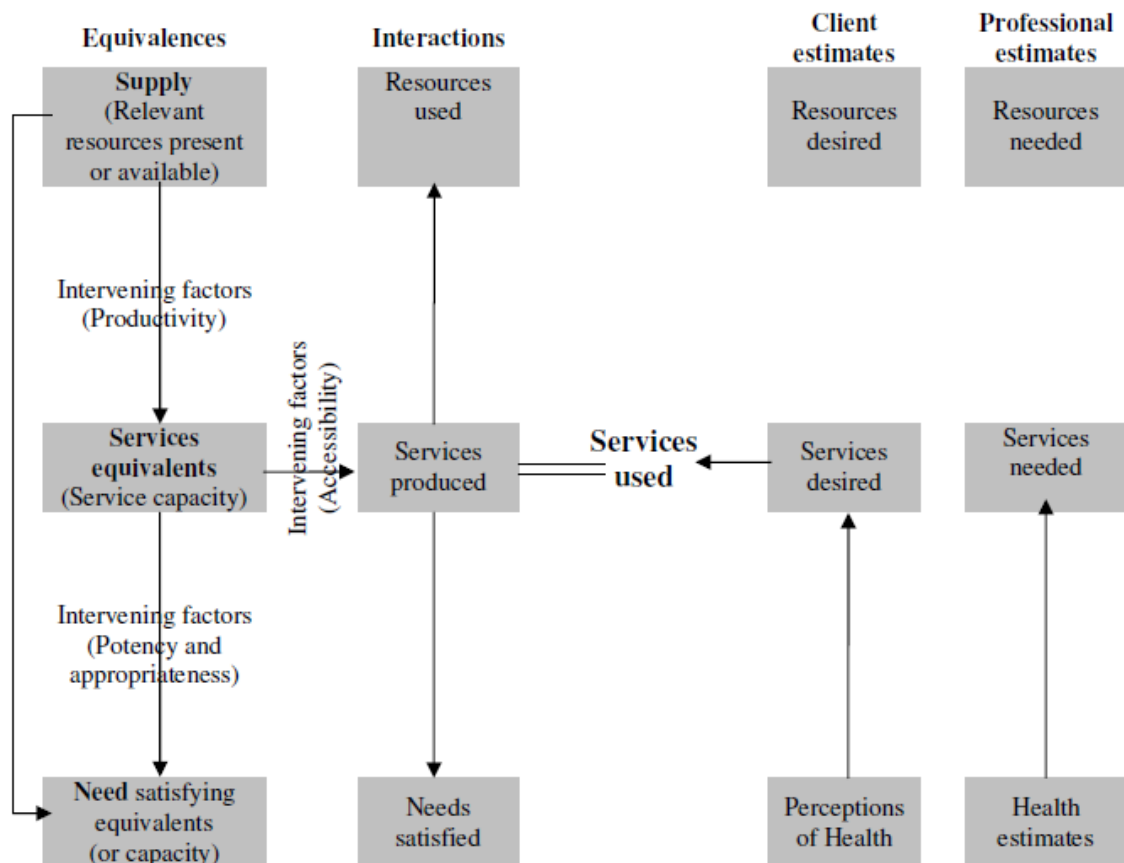


Figure 1 : "A model for evaluating supply"
Tiré de Donabedian (1973) [2]

Ce cadre dérive du modèle de processus des soins médicaux [2] incluant deux composantes soit les clients et les professionnels respectivement. Les comportements et les interactions de ces deux composantes, en réaction à certains événements ou situations reliés aux soins de santé, déterminent l'utilisation qui est faite des services de santé.

Dans la présentation schématique du modèle, on note quatre colonnes (équivalents des besoins, les interactions, les clients, les professionnels) et trois rangées correspondant respectivement à l'offre, à la demande et aux besoins.

Le concept « need equivalences » correspond à trois formes d'expression des besoins, soit les états de santé, les services jugés nécessaires aux états de santé, et les ressources nécessaires à la production des services. Ces besoins en santé tendent à conduire les individus vers la recherche de soins appropriés.

Plusieurs facteurs influencent le degré auquel les individus utilisent les services de santé afin de combler leurs besoins en santé. Parmi ces facteurs figurent la disponibilité des ressources, l'accessibilité des services, et les caractéristiques des professionnels, des clients et du système de santé dans son ensemble. Les ressources nécessaires permettent de générer les services. L'accessibilité intervient entre la capacité de produire des services nécessaires et la production réelle de services. Les services produits résultent d'une tension entre des ressources et des besoins en santé; ils impliquent l'utilisation de ressources et la satisfaction des besoins en santé. Ces services réellement produits correspondent aux services utilisés, lesquels sont donc désirés par les clients selon leurs perceptions de la santé. Les professionnels, de leur côté, estiment objectivement les besoins en santé des individus, les ressources nécessaires ainsi que les services requis. Selon la description de Donabedian sur le processus de soins médicaux et de son environnement, « the sets of interactions between health professionals and their clients takes place not within a vacuum but within an organizational environment that in turn is surrounded and penetrated by social and cultural features. Health services utilization therefore is influenced by sociocultural, organizational, consumer-related, and provider-related factors » (p.211) [36].

Les financements, les matériels, les installations physiques, et le personnel sont les différents types de ressources nécessaires.

Dans le cadre de cette recherche, les clients sont représentés par les différents niveaux d'individus classés selon l'indice de défavorisation des 95 territoires RLS, dans toute la province de Québec. Il importe de comprendre que les CSSS se trouvent au cœur du réseau local de services (RLS) qui est un modèle d'organisation de services reposant sur la disponibilité immédiate d'une gamme de services de santé, et qui permet le lien entre les services de première ligne et ceux de deuxième et de troisième ligne. Les professionnels correspondent aux professionnels de la santé, aux personnels non médicaux, et aux personnels des services sociaux qui participent au processus d'offre de soins à la population. Les services utilisés sont ceux dispensés par des médecins généralistes, ceux des spécialistes, l'hospitalisation pour des maladies physiques, l'hospitalisation pour des maladies mentales, et les chirurgies. Les taux de ces services dont bénéficie la population représentent les services réellement utilisés, compte tenu de leur disponibilité, de leur pertinence, de leur volume et de leur accessibilité. Dans le cadre de cette étude, les données relatives aux services de santé utilisés et aux ressources disponibles proviennent de l'EGIPSS et de l'AQESSS [14].

Une variation dans l'utilisation des services de santé par plusieurs groupes de la population peut refléter, parmi autres, un problème d'accès inéquitable.

Le modèle de Donabedian a été adapté pour tenir compte de l'équité d'utilisation des services de santé et de l'équité de disponibilité des ressources en matière de santé. Dans la figure 2 suivante, 4 sections présentent une teinte plus foncée (*ressources disponibles, ressources nécessaires, services utilisés, services nécessaires à une utilisation donnée*) et 3 liens supplémentaires sont mis en évidence.

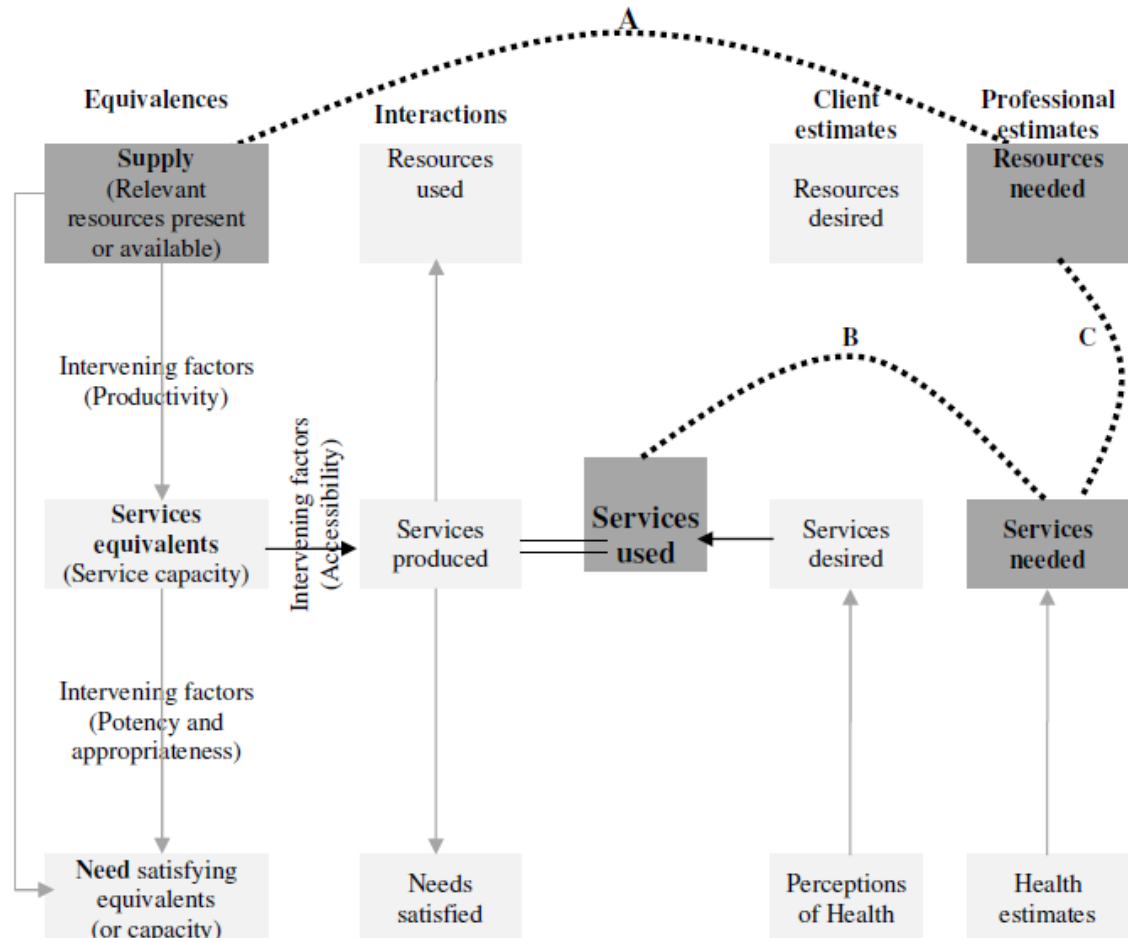


Figure 2 : Utilisation des services de santé et disponibilité des ressources, adaptées au modèle de Donabedian

Donabedian [2] ne parle pas explicitement d'équité en santé, toutefois son modèle permet d'en faire une analyse. En référence au modèle de Donabedian, l'écart existant entre les ressources utilisées et les ressources *nécessaires* se rapportent à l'équité des ressources. De même, les écarts observés entre les services utilisés et les *services nécessaires* concernent l'équité d'utilisation des services.

Le lien **A** illustre la relation existant entre les ressources disponibles en réalité et les ressources nécessaires pour dispenser les soins et services requis; ce lien se rapporte à l'équité de disponibilité des ressources.

Le lien **B** illustre par ailleurs la relation existant entre les services de santé utilisés en réalité et les services nécessaires qu'on devrait utiliser compte tenu des besoins en santé; ce lien se rapporte à l'équité d'utilisation des services de santé.

Le lien **C** met en évidence l'utilisation attendue des services de santé et les ressources en santé nécessaires. L'indice de défavorisation matérielle et sociale de Pampalon et al (2010) [54] permet d'estimer l'équité en santé pour plusieurs groupes de la population en ce qui concerne les services de santé devant être utilisés d'une part et, d'autre part, en ce qui rapporte aux ressources en santé nécessaires pour combler les besoins en santé.

3.2 Hypothèses de recherche

La plupart des écrits tendent à rapporter des résultats de santé spécifiant la présence ou l'absence de situations d'inégalités sociales de santé [53, 55] qui sont, en fait, des iniquités en santé. Dans la même logique, les hypothèses suivantes sont formulées de façon négative, donc en faveur de l'iniquité d'utilisation des services de santé et de disponibilité des ressources.

Hypothèse 1 : Dans les territoires CSSS où l'indice de défavorisation est plus élevé, l'utilisation des services de santé n'est pas plus élevée.

Justification de l'hypothèse 1 : Compte tenu du fait que l'indice de défavorisation est une mesure relative des besoins, les individus ou les populations accusant un niveau élevé de défavorisation devraient nécessiter encore plus de services pour combler leurs besoins de santé. Dans le cas contraire, on est dans une situation d'iniquité en santé .

Hypothèse 2 : Plus l'indice de défavorisation est élevé dans les territoires CSSS, plus la population utilise les services d'hospitalisation comparativement aux services médicaux.

Justification de l'hypothèse 2 : Selon certains écrits, la consommation médicale et la consommation hospitalière selon la catégorie sociale varient significativement en sens inverse, les plus nantis tendant à consommer moins de services hospitaliers [23]. Étant donné que les services de première ligne sont censés réduire la propension à utiliser des services hospitaliers, on s'attend à ce qu'une utilisation inéquitable des services médicaux

par les personnes les plus défavorisées de la population augmente le ratio services hospitaliers utilisés/services médicaux utilisés.

Hypothèse 3 : Dans les territoires CSSS où l'indice de défavorisation est plus élevé, les ressources disponibles pour combler les besoins en santé de la population ne sont pas plus élevées.

Justification de l'hypothèse 3 : Étant donné que l'indice de défavorisation est une mesure relative des besoins, des individus ou les populations accusant un niveau élevé de défavorisation doivent en effet nécessiter encore plus de services pour combler leurs besoins de santé. Corollairement, encore plus de ressources doivent être disponibles pour combler ces besoins en santé; sinon on ne peut point parler d'équité, mais surtout d'une situation d'iniquité de disponibilité des ressources en santé.

CHAPITRE 4 :
MÉTHODOLOGIE

Chapitre 4 – Méthodologie

Cette étude cherche à comprendre dans quelle mesure l'utilisation des services de santé et la disponibilité des ressources dans le domaine de la santé au Québec sont équitables. Une approche quantitative a été adoptée. En effet, la quantité ou les taux de ressources en santé disponibles, les taux d'utilisation des différents services (médicaux, hospitaliers, CLSC) et une mesure relative des besoins de santé, soit l'indice de défavorisation dans les territoires des CSSS de la province du Québec, sont donc considérés.

4.1 Stratégie et devis de recherche

4.1.1 Devis de recherche:

Cette étude s'inscrit dans une perspective de recherche expérimentale invoquée [56]. Elle est transversale et de type corrélationnel. Elle porte sur les données de santé des périodes 2006-2007 et 2008-2009. Elle intéresse les 95 territoires CSSS de la province du Québec.

4.1.2 Présentation des variables

Cette étude met en relation une variable indépendante (ayant deux composantes) et deux séries de variables dépendantes.

1. Variable indépendante :

- *Indice de défavorisation* (composante matérielle et composante sociale)

Dans cette recherche, l'indice de défavorisation sert de mesure relative des besoins de santé. Il est la variable utilisée dans la construction des comparaisons pour les ressources disponibles et pour l'utilisation des services de santé entre les territoires CSSS. Il comporte deux composantes (soient la composante matérielle et la composante sociale), chacune ayant 3 catégories. Chacune de ces composantes tient lieu d'une variable indépendante catégorielle :

- Indice de défavorisation - Composante matérielle (avec 3 catégories)
- Indice de défavorisation - Composante sociale (avec 3 catégories)

2. Variables dépendantes :

Cette recherche comporte deux séries de variables dépendantes d'intervalles/ratio, soient les :

- Variables d'utilisation des services par CSSS (services hospitaliers; services médicaux; et services CLSC)
- Variables de disponibilité des ressources (capacité financière, capacité matérielle, capacité humaine; viabilité)

La première série de variables dépendantes, soient les variables d'utilisation des services par les CSSS, se rapporte aux hypothèses #1 et #2 comme énoncées antérieurement. La deuxième série de variables dépendantes, soient les variables de disponibilité des ressources, se rapporte à la troisième hypothèse de recherche.

La section suivante présente les différents indicateurs des variables à l'étude.

Indicateurs de l'utilisation des services de santé

Dans le modèle EGIPSS, la dimension *Adaptation aux besoins de la population* comporte quatre groupes de variables dont trois portent sur l'utilisation des services de santé et une sur l'adéquation des services. Dans le cadre de ce mémoire, nous nous sommes intéressés seulement aux variables d'utilisation des services de santé.

Le tableau suivant présente la liste des indicateurs tirés du modèle EGIPSS et servant à opérationnaliser la variable de *l'utilisation des services de santé*. Ils sont au nombre de 7, soit : 3 pour les services hospitaliers, 2 pour les services médicaux, 2 pour l'utilisation des services CLSC par CSSS.

Variables d'utilisation des services par CSSS	
Variables	Noms des indicateurs
Utilisation des services hospitaliers	Taux d'hospitalisations en santé physique par 1000 habitants – courte durée (ajusté par l'âge et le sexe)
	Taux d'hospitalisations en santé mentale par 1000 habitants – courte durée (ajusté par l'âge et le sexe)
	Taux de chirurgie d'un jour ajusté (pour l'âge et le sexe) par 1000 habitants
Utilisation des services médicaux	Taux d'utilisation des services médicaux (ETP) par 1000 habitants (Omnipraticiens)
	Taux d'utilisation des services médicaux (ETP) par 1000 habitants (spécialistes)
Utilisation des services CLSC	Taux de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par le CSSS (mission CLSC) par 1000 habitants de 65 ans et plus
	Taux d'usagers différents global par 1000 habitants en CSSS

Tableau II : Liste des indicateurs des services médicaux

Indicateurs de disponibilité des ressources

Le tableau III suivant présente la plupart des indicateurs du modèle EGIPSS. Les indicateurs servant à opérationnaliser les variables de l'acquisition des ressources dans ce modèle sont au nombre de 17, soit : 2 pour la capacité financière, 3 pour la capacité matérielle, 7 pour la capacité humaine et 5 pour la viabilité.

La capacité financière réfère à la capacité des CSSS de disposer du budget, de structure, du matériel et du personnel nécessaires à la dispensation des soins et services de santé.

La capacité matérielle mesure la capacité des CSSS d'offrir des soins et services hospitaliers; elle est mesurée en nombre de lits ou de places disponibles.

La capacité humaine apprécie la main d'œuvre disponible; elle est mesurée en nombre d'employés, d'infirmières, de médecins, de personnel soignant et de personnel administratif. À la capacité humaine est rattachée la notion de temps supplémentaire; ce dernier permet d'apprécier le degré de suffisance du personnel pour effectuer toutes les tâches requises dans la dispensation des soins et services.

La viabilité correspond à la capacité des CSSS d'assurer à long terme leur mission de projet clinique auprès de la population; elle est mesurée par la capacité des CSSS à disposer d'une santé organisationnelle et d'une appréciable capacité de recrutement de personnel.

Les différents indicateurs rattachés à chacune des variables sont définis dans l'annexe 2 (Tableaux VIII à XVIII). Leurs méthodes de calcul, leurs numérateurs, leurs dénominateurs et leurs sources y sont également présentés. Ils ont été tirés du rapport technique 2011 de l'IRSPUM et de l'AQUESS portant sur l'évaluation de la performance des CSSS au Québec [14].

Variables d'acquisition des ressources par CSSS		
Variables	Sous-dimensions	Noms des indicateurs
Capacité financière	Coûts	Coût per capita global CSSS
		Coût total de fonctionnement du CSSS per capita ajusté pour la mobilité hospitalière inter-RLS
Capacité matérielle	Santé physique	Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD
	Santé mentale	Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD
	Longue durée	Taux de places en CHSLD par 1000 habitants de 65 ans et plus
Capacité humaine	Personnel global	Taux de personnel (ETP) en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1) par 1000 habitants
		Taux de personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2) en ETP par 1000 habitants
		Taux de personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (catégorie 3) en ETP par 1000 habitants

		Taux de personnel des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4) en ETP par 1000 habitants
	Médecins	Taux d'omnipraticiens par 1000 habitants – Total RLS (Offre ETP)
		Taux de spécialistes par 1000 habitants – Total RLS (Offre ETP)
	Pénurie	Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire l'ensemble des effectifs et les heures travaillées par la main d'œuvre indépendante en fonction des heures totales travaillées (%).
Viabilité	Encadrement et administration	Taux des dépenses en administration et soutien aux services
		Ratio d'encadrement
	Capacité de recrutement	Évolution des effectifs pour certains titres d'emploi en pénurie (Agrégé – Personnel soignant)
		Évolution des effectifs pour certains titres d'emploi en pénurie (Agrégé – techniciens et professionnels)
	Capacité de rétention	Taux de rétention des employés en nombre

Tableau III : Liste des indicateurs d'acquisition des ressources par CSSS

Définition et description des variables :

Cette étude prend en compte l'utilisation de certains services de santé par la population du Québec et les ressources disponibles pour combler les besoins de santé de la population. Aussi, l'utilisation des services de santé et la disponibilité des ressources sont examinées de façon agrégée pour chaque CSSS.

Les tableaux VIII à XVIII de l'annexe #2 présentent et définissent les différents indicateurs à l'étude. Ils font également état de la façon dont ces indicateurs ont été originellement calculés par les chercheurs de l'IRSPUM et de l'AQUESS [14]. Toutes les informations (soient les définitions, les modes de calcul, les précisions sur les mesures prises) concernant ces indicateurs ont été tirées du document de rapport de l'IRSPUM [14] qui est en cohérence avec les orientations de cette étude.

4.2 Sélection des indicateurs

Les 95 territoires CSSS de la province du Québec sont tous inclus dans l'étude. Les indicateurs ont été sélectionnés parmi ceux présentés dans le rapport technique de l'évaluation de la performance des CSSS [14] et dans la base de données de l'INSPQ. Ils ont été choisis en fonction de leur pertinence pour les gestionnaires et de leur capacité à analyser l'utilisation des services de santé et la disponibilité des ressources en santé. Ils proviennent de la mise à jour des indicateurs disponibles dans certaines institutions québécoises, de la revue des indicateurs du rapport AQESSS 2009, et de la révision des indicateurs sélectionnés par un comité d'experts réunissant des membres et des chercheurs de l'AQESSS, des CSSS et de l'IRSPUM.

Les indicateurs pris en compte dans cette recherche opérationnalisent proviennent de deux dimensions du modèle intégrateur EGIPSS : *l'adaptation aux besoins de la population et la disponibilité des ressources*. Toutefois, au niveau de la dimension *adaptation (ou ajustement) aux besoins de la population*, seules les variables d'utilisation des services sont analysées dans le cadre de ce mémoire.

4.3 Collecte des données

Aucune collecte de données n'est réalisée pour les besoins spécifiques de cette recherche. Des données préexistantes, soit la base de données colligée par les chercheurs de l'IRSPUM et celle de l'indice de défavorisation de l'INSPQ créé suite au recensement de 2006 au Québec, sont donc utilisées. Les indicateurs utilisés par les chercheurs de l'IRSPUM ont été d'abord définis et opérationnalisés. Ensuite, grâce à un système informatique d'entreposage et d'actualisation des données, les données de la base ont été harmonisées, validées et transférées dans le logiciel d'analyse statistique SPSS. Ces données ont été colligées en des années différentes et proviennent de plusieurs sources, comme le présente le tableau suivant.

4.3.1 Sources des données

Le tableau suivant présente les sources des données et des indicateurs utilisés par les chercheurs de l'IRSPUM et de l'AQUESS.

Banque d'origine des données	Nombre d'indicateurs	Années de collecte des données	Extraction produite par
AS-471, AS-478, contour financier	23	2006-07 à 2008-09*	AQESSS
I-CLSC	12	2006-07 à 2008-09*	AQESSS
Consom	12	2008-09	AQESSS
GRESTRED	13	2006-07 à 2008-09*	AQESSS
CQA	18	Date de la dernière visite d'agrément	CQA
R-22/R-25	16	2006-07 à 2008-09*	MSSS
MEDECHO	52	2006-07 à 2008-09	IRSPUM
RAMQ	5	2006-07 à 2008-09*	RAMQ
Santé publique	9	2004-2006, 2005-2007	MSSS
SIMASSS	1	2008-2009	AQESSS
Total	161		

Tableau IV : Sources des données d'utilisation des services et d'acquisition de ressources
Tiré d'IRSPUM et AQUESS (2011)

N.B. : *Variation selon la disponibilité de l'information

Toutes les données colligées par les chercheurs de l'IRSPUM ne sont pas utilisées dans le cadre de ce mémoire. Seuls quelques indicateurs (soient ceux d'utilisation des services de santé et de la disponibilité des ressources) font l'objet des analyses comme le présente la liste des variables précédemment décrites.

L'indice de défavorisation provient de l'INSPQ.

Le critère d'inclusion des données d'utilisation des services est le statut de résidents du Québec recevant ou non des soins dans leur territoire CSSS d'affectation. Les critères d'exclusion des données sont les suivants : statut de non-résidents du Québec; hospitalisation des nouveaux-nés en bonne santé; hospitalisation de type « hôpital à domicile »; les centres hospitaliers à vocation psychiatrique; hospitalisation pour troubles mentaux de longue durée.

4.3.2 Contribution spécifique de cette recherche

En dépit de l'utilisation des mêmes bases de données, ce projet actuel de recherche se distingue amplement des travaux déjà réalisés par les chercheurs de l'IRSPUM. L'appréciation de l'équité d'utilisation des services de santé et des ressources disponibles en vue de la dispensation des soins et services pour l'ensemble du Québec et, cela, pour tout l'ensemble des services de santé physique et mentale, n'a jamais été effectuée auparavant. L'analyse effectuée ici offre donc cette possibilité.

4.3.3 Considérations éthiques :

Cette étude ne traite pas de données sur des individus, mais des données agrégées sur des territoires CSSS du Québec. Ces données proviennent de plusieurs institutions colligeant des informations sur la santé de la population, sans possibilité pour les chercheurs travaillant avec ces données secondaires d'identifier ou de retracer les individus qui ont bénéficié des services de santé. Ce projet de recherche a eu l'aval du comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal comme présenté à l'annexe 1.

4.4 Stratégie d'analyse statistique des données

Des analyses statistiques bivariées sont effectuées pour vérifier les hypothèses de cette recherche. Pour ce faire, les données sont saisies par la version 19 du logiciel SPSS. Les variables d'utilisation des services de santé et des ressources disponibles pour combler les besoins de santé de la population québécoise sont analysées une à une au regard de l'indice de défavorisation.

4.4.1 Analyses bivariées

Après nettoyage, les deux bases de données ont été fusionnées pour les analyses préliminaires. La plupart des CSSS manquent de données sur certaines variables d'intérêt. L'annexe 3 présente les tableaux faisant état du nombre de CSSS intéressés par les différentes variables à l'étude.

Des analyses bivariées sont effectuées d'une part entre chacune des composantes (matérielle et sociale) de l'indice de défavorisation et chacun des indicateurs de l'utilisation des services; d'autre part, entre chacune des composantes de l'indice de défavorisation et chacun des indicateurs des ressources disponibles pour dispenser les services de santé.

Afin de vérifier les deux premières hypothèses de recherche (Hypothèse 1 et Hypothèse 2) des analyses bivariées de type ANOVA (Analyse de variance) sont effectuées étant donné la nature des variables d'intérêt. La variable indépendante est catégorielle (soit 3 catégories pour chacune de ses deux composantes) et les variables dépendantes étant à intervalles/ratio [57]. En ce qui concerne la vérification de l'hypothèse 2, une première opération consiste à créer la variable dépendante en calculant le ratio (*services hospitaliers/services médicaux*) qui sert d'indicateur pour chacun des CSSS.

Nous procédons au calcul des moyennes des taux d'utilisation des services de santé à l'intérieur des catégories (C1 = plus favorisé, C2 = moyennement favorisé, C3 = plus défavorisé) de chacune des 2 composantes de l'indice de défavorisation. Ensuite nous comparons les moyennes entre les catégories. Afin de peaufiner les résultats, les analyses ont pris compte de la moyenne pondérée des CSSS pour chacun des indicateurs étudiés. L'obtention de cette moyenne pondérée a été obtenue en différentes étapes. D'abord la population de chaque CSSS a été multipliée par la note factorielle (de l'indice de défavorisation matérielle et sociale) spécifique à chaque CSSS, soit : *Population par CSSS * Note factorielle*. Ensuite, la sommation des 95 produits individuels a été divisée par la population totale des 95 CSSS réunis, selon la formule suivante :

$$\sum(\text{Population par CSSS} * \text{Note factorielle}) / \text{Population des 95 CSSS}.$$

Il sied de noter que les données relatives à la population de chaque CSSS proviennent également de la base de données traitant de l'indice de défavorisation de l'INSPQ.

L'analyse des variances décompose la variation totale des scores des taux de l'utilisation des services en deux parties :

- La variation observée à l'intérieur de chaque catégorie des composantes matérielle et sociale de l'indice de défavorisation.
- Et la variation observée entre les différentes catégories, chacune de ces dernières représentant un niveau relatif de besoin de santé [57].

En cas de l'existence d'une relation entre l'indice de défavorisation et les taux d'utilisation des services, nous nous attendons à ce que la variation entre les catégories soit plus grande que la variation à l'intérieur des catégories. Plus la relation est forte, plus la variance entre les catégories est grande.

Afin de mesurer l'intensité des relations existantes entre chacune des composantes de la variable indépendante (composante matérielle, composante sociale) et les variables dépendantes, nous calculons pour chaque taux d'utilisation, le ratio de la variance entre les catégories (C1, C2, C3) sur la variance à l'intérieur de ces catégories. On obtient le ratio F. En guise d'interprétation, plus le ratio F est élevé, plus les relations postulées dans les hypothèses sont fortes. Inversement, plus le ratio F est faible, plus les relations sont faibles. Après avoir vérifié la signification statistique des différences entre les moyennes des taux d'utilisation des services de santé par l'ANOVA, des tests post-hoc sont exécutés afin de déterminer exactement entre quelles catégories se trouve la signification statistique. Le test B de Tukey est utilisé en cas d'homogénéité de la variance au sein des différentes catégories, et T2 Alpha de Tamhane dans le cas contraire. Toutefois, les deux tests permettent de tirer la même information sur les données analysées.

Dans le cas de l'hypothèse 3, des analyses de variance similaires sont effectuées afin de déceler d'éventuels écarts dans la disponibilité des ressources servant à combler les besoins de santé de la population des CSSS. Une analyse est effectuée entre chaque composante de l'indice de défavorisation et chaque indicateur de ressources.

Choix des indices (mesure de l'utilisation des services)

Dans le cadre de ce mémoire, les territoires CSSS de la province du Québec sont les unités à comparer. Entre les CSSS on mesure une potentielle inégalité relative. Cette dernière mesure sert à analyser les écarts d'utilisation des services de santé par la population et de disponibilité de ressources au Québec au cours des périodes 2007-2008 et 2008-2009.

L'indice de défavorisation permet d'estimer l'équité d'utilisation des services de santé par différents groupes de la population; il permet également d'estimer l'équité de disponibilité des ressources nécessaires pour combler les besoins en santé.

4.5 Validité et fiabilité des mesures

La validité et la fiabilité de la recherche dépendent de la qualité de mesures des indicateurs opérationnalisés par les chercheurs de l'IRSPUM. Ces derniers se sont assurés de la validation des données tout le long de l'extraction des différentes bases de données à partir de leurs sources respectives. La fiabilité, par ailleurs, augmente avec l'utilisation des bases de données grâce aux différentes mises à jour effectués sur les données consultées [14]. Une attention particulière est portée sur la validité de construit des indicateurs utilisés.

Deux séries de variables sont analysées dans le cadre de ce mémoire, soient celles de disponibilité des ressources et celles d'adaptation aux besoins de la population. Dans le modèle d'EGIPSS [1], les indicateurs utilisés pour l'analyse de l'acquisition des ressources concernent les coûts (*ressources financières*), les taux de lits en services de courte durée et de places en soins de longue durée (*ressources matérielles*), les taux de personnel (*ressources humaines*), la capacité de recrutement, la capacité de rétention et l'encadrement du personnel (*viabilité*). Toutefois, dans le cadre de ce mémoire, ces indicateurs servent à estimer la disponibilité de ressources en santé.

Les indicateurs pris en compte pour analyser l'adaptation (ou l'ajustement) aux besoins de la population dans le modèle d'EGIPSS concernent les taux d'hospitalisation, les taux de chirurgie d'un jour, les taux d'utilisation des services médicaux, et le taux des usagers des services CLSC. Ces indicateurs correspondent à ceux-là utilisés, dans le cadre de cette recherche, pour opérationnaliser la variable de *l'utilisation des services de santé*. Il existe, ainsi, une forte adéquation entre les concepts théoriques et les indicateurs utilisés pour les opérationnaliser. Par ailleurs, ces différents indicateurs correspondent à ceux-là qui sont validés et généralement utilisés par l'équipe de chercheurs de l'EGIPSS pour opérationnaliser les deux séries de variables dépendantes [1] prises en compte dans ce mémoire (soient les variables d'utilisation des services de santé et celles de la disponibilité des ressources en santé).

4.6 Validité interne de la recherche

Dans cette recherche, à chaque groupe de variables à l'étude correspond une série d'indicateurs appropriés tirés, pour la plupart, du modèle EGIPSS. Ainsi trois séries d'indicateurs sont utilisés, soit une pour analyser l'utilisation des services de santé, une pour analyser la disponibilité des ressources, et l'indice de défavorisation (matérielle et sociale) permettant de répartir la population d'étude en trois groupes (soient les plus favorisés, ceux qui le sont moyennement, et les groupes les plus défavorisés).

Des analyses statistiques bivariées ont été effectuées entre les indicateurs des variables à l'étude. La variable indépendante (indice de défavorisation) est de type nominal, et les variables dépendantes (utilisation des services de santé, disponibilité des ressources) de type intervalles-ratio. D'une part, des analyses de variance ont été effectuées entre l'indice de défavorisation et les indicateurs d'utilisation des services de santé; d'autre part, ces mêmes analyses statistiques ont été effectuées entre l'indice de défavorisation et les indicateurs de disponibilité des ressources en matière de santé.

Les variables à l'étude n'ont pas fait l'objet d'analyses statistiques multivariées. Ainsi, l'effet d'autres facteurs non considérés dans l'étude tel, par exemple, l'effet du milieu (urbain ou rural) n'a pas été analysé. Ainsi, les analyses de cette étude n'ont pas tenu compte de l'utilisation des services de santé en contrôlant pour les ressources disponibles.

4.7 Validité externe de la recherche

Cette étude s'intéresse aux 95 territoires CSSS de la province du Québec. Toutefois, les résultats de cette étude ne peuvent pas être généralisés aux populations des autres provinces canadiennes. De même, l'étude ayant concerné les données des années 2006-2007 et 2008-2009, les résultats ne peuvent pas être généralisés à d'autres périodes. Néanmoins, le modèle de Donabedian [2] appuyant cette recherche est un modèle théorique général permettant une juste estimation de la plupart des dimensions d'un

systeme de soins et de santé [14, 58], comme présenté dan ce mémoire. Ainsi, les résultats de cette étude peuvent aider à mieux apprécier les grandes tendances du système de santé du Québec en termes d'utilisation des services de santé et de disponibilité des ressources en matière de santé.

CHAPITRE 5

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Chapitre 5 – Présentation des résultats

Les résultats correspondant à chacune des hypothèses de recherche sont présentés par groupe de variables. L'hypothèse #1 compte 3 groupes de variables d'utilisation des services (soient les services médicaux, les services hospitaliers, les services CLSC). L'hypothèse #2 compte 3 groupes de variables d'utilisation (soient les services de santé mentale, les services de santé physique, et les services chirurgicaux). L'hypothèse #3 compte 4 grands groupes de variables de ressources (soient les ressources financières, les ressources matérielles, les ressources humaines, la viabilité des ressources).

5.1 Hypothèse #1

L'hypothèse #1 établit le lien entre l'utilisation des services de santé et les besoins en santé de la population du Québec. Les résultats relatifs à cette hypothèse se subdivisent en 3 groupes. Les indicateurs des différents groupes comportent chacun les résultats correspondant d'une part à la composante matérielle, d'autre part à la composante sociale de l'indice de défavorisation. Les résultats détaillés des analyses statistiques appliquées à cette hypothèse de recherche sont présentés dans l'annexe #5 (Tableaux XIX à XXIII).

Groupe 1 : Utilisation des services médicaux

Taux d'utilisation par 1000 habitants (omnipraticiens) :

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,90) = 22.217; p=.000)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. L'utilisation des services médicaux dispensés par les omnipraticiens est significativement plus élevée chez les populations défavorisées matériellement comparativement aux populations les plus favorisées. De même, celle des populations moyennement favorisées est significativement plus élevée que celle des populations les plus favorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,90) = 9.022; p=.000)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. L'utilisation des services médicaux dispensés par les omnipraticiens est significativement plus élevée chez les populations les plus favorisées socialement comparativement aux populations

moyennement favorisées et aux populations les plus défavorisées. De même, ce type d'utilisation chez les populations moyennement favorisées est significativement plus élevée que celle des populations les plus défavorisées.

Taux d'utilisation par 1000 habitants (spécialistes) :

Composante matérielle : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,90) = 1.154; p=.320)]. Aucune différence significative n'est observée dans l'utilisation des services dispensés par les spécialistes entre les trois catégories de populations, soient les plus favorisées matériellement, celles qui le sont moyennement et les plus défavorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,90) = 6.573; p=.002)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. L'utilisation des services médicaux dispensés par les spécialistes est significativement plus élevée chez les populations les plus défavorisées socialement comparativement aux populations les plus favorisées et aux populations moyennement favorisées. Aucune différence significative n'est observée dans l'utilisation des services médicaux dispensés par les spécialistes entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

Groupe 2 : Utilisation des services hospitaliers

Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 – Courte durée – Santé physique :

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,90) = 10.365; p=.000)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. L'utilisation des services hospitaliers pour les fins de santé physique est significativement plus élevée chez les populations les plus défavorisées matériellement comparativement aux populations moyennement favorisées et aux populations les plus favorisées. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,91) = 7.610; p=.001)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. L'utilisation des services hospitaliers pour les fins de santé physique est significativement plus élevée chez les populations les plus favorisées socialement comparativement aux populations les plus

défavorisées. De même, l'utilisation des services hospitaliers pour les fins de santé physique est significativement plus élevée chez les populations moyennement favorisées socialement comparativement aux populations les plus défavorisées. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

Taux d'admission en hospitalisation par 1000 – Courte durée – Santé mentale :

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,91) = 6.395; p=.003)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. L'utilisation des services hospitaliers pour les fins de santé mentale est significativement plus élevée chez les populations les plus défavorisées matériellement comparativement aux populations les plus favorisées. Aucune différence significative n'est observée dans l'utilisation des services d'hospitalisation entre les populations moyennement favorisées et les populations les plus favorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,91) = 1.408; p=.250)]. Aucune différence significative n'est observée dans l'utilisation des services d'hospitalisation entre les populations les plus favorisées socialement, celles qui le sont moyennement et les populations les plus défavorisées.

Taux de chirurgie d'un jour par 1000 habitants :

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,90) = 4.152; p=.019)]. Toutefois, le test post hoc Tukey B ne permet pas de conclure qu'à un seuil de signification de .05, il existe une différence de moyenne dans le taux de chirurgie par 1000 habitants entre les trois catégories de l'indice de défavorisation matérielle. Aucune différence significative n'est donc observée dans l'utilisation de la chirurgie d'un jour entre les trois catégories des populations à l'étude, soient les populations les plus favorisées matériellement, celles qui le sont moyennement et les populations les plus défavorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,90) = 4.462; p=.014)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. L'utilisation des services de chirurgie d'un jour est significativement plus élevée chez les populations moyennement

favorisées socialement comparativement aux populations les plus défavorisées. Aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

Groupe 3 : Utilisation des services CLSC

Taux d'usagers différent global par 1000 habitants en CSSS :

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,90) = 36.5; p=.000)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. L'utilisation des services CLSC en termes de *taux d'usagers global par 1000 habitants en CSSS* est significativement plus élevée chez les populations les plus défavorisées matériellement comparativement aux populations moyennement favorisées. De même, l'utilisation de ce type de services CLSC est significativement plus élevée chez les populations moyennement favorisées matériellement comparativement aux populations les plus favorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,90) = 11.998; p=.000)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. L'utilisation des services CLSC en termes de *taux d'usagers global par 1000 habitants en CSSS* est significativement plus élevée chez les populations les plus favorisées socialement comparativement aux populations les plus défavorisées. De même, l'utilisation de ce type de services CLSC est significativement plus élevée chez les populations moyennement favorisées socialement comparativement aux populations les plus défavorisées. Aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

Taux de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC) par 1000 habitants de 65 ans et plus :

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,90) = 5.955; p=.004)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. L'utilisation des services CLSC en termes du *taux de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS par 1000 habitants de 65 ans et plus* est significativement plus élevée chez les populations les plus défavorisées matériellement comparativement aux populations les plus favorisées. Toutefois, aucune différence significative n'est observée dans l'utilisation des services CLSC entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,90) = 3.300; p=.041)]. On pourrait conclure qu'il existe une différence entre les moyennes du "*taux de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC) par 1000 habitants de 65 ans et plus*" des trois catégories de l'indice de défavorisation sociale. Toutefois, les tests post hoc Tukey B ne permettent pas de conclure qu'à un seuil de signification de .05, il existe une différence de moyenne dans le taux. Aucune différence significative n'est observée dans l'utilisation des services CLSC en termes du *taux de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS par 1000 habitants de 65 ans et plus* entre les populations les plus favorisées socialement, celles qui le sont moyennement et les populations les plus défavorisées.

Le tableau suivant synthétise les résultats des analyses de l'hypothèse #1 :

Le signe (+) traduit un résultat qui va dans le sens de l'hypothèse postulée, soit en faveur de l'iniquité d'utilisation des services de santé. Le signe (-) traduit un résultat qui va dans le sens contraire à la relation postulée dans l'hypothèse. Le chiffre (0) signifie que le résultat obtenu ne permet pas de conclure à une différence significative dans l'utilisation des services de santé entre les trois catégories à l'étude (soient les populations les plus favorisées, celles qui le sont moyennement, et celles qui sont les plus défavorisées).

Tableau de synthèse des résultats de l'utilisation des services de santé (Services médicaux, services hospitaliers, services CLSC)		
Variables d'utilisation	Indice favorisation	
	Composante matérielle	Composante sociale
Services médicaux		
Taux d'utilisation par 1000 habitants (omnipraticiens)	-	+
Taux d'utilisation par 1000 habitants (spécialistes)	0	-
Services hospitaliers		
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 – Courte durée – Santé physique	-	+
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 – Courte durée – Santé mentale	-	0
Taux de chirurgie d'un jour par 1000 habitants	0	+
Services CLSC		
Taux d'usagers différent global par 1000 habitants en CSSS	-	+
Taux de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC) par 1000 habitants de 65 ans et plus	-	0

Tableau V : Synthèse des résultats de l'utilisation des services de santé

Résumé : Les résultats de ce tableau démontrent que l'hypothèse #1 est en grande partie infirmée. En regard des deux composantes de l'indice de défavorisation, la majorité des résultats obtenus vont dans le sens contraire à la relation postulée dans l'hypothèse. Toutefois, l'hypothèse se trouve vérifiée pour la composante sociale de l'indice de défavorisation dans quatre (4) des sept(7) indicateurs mesurés.

5.2 Hypothèse #2

L'hypothèse #2 compare l'utilisation des services médicaux à ceux des services hospitaliers dans les différents territoires CSSS du Québec. Les résultats correspondant à cette hypothèse se subdivisent en 3 groupes. Les indicateurs de chacun de ces groupes comportent les résultats correspondant d'une part à la composante matérielle, d'autre part à la composante sociale de l'indice de défavorisation. Les résultats détaillés des analyses statistiques appliquées à cette hypothèse de recherche sont présentés dans l'annexe #5 (Tableaux XXIV à XXVIII).

Groupe 1 : Santé mentale

Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000

Composante matérielle : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,90) = .296; p=.745)]. On ne peut pas conclure qu'il existe une différence entre les moyennes du "*Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000*" des trois catégories de l'indice de défavorisation matérielle. Aucune différence significative n'est donc observée dans l'utilisation des services hospitaliers comparativement à celle des services médicaux dispensés par les omnipraticiens pour les fins de santé mentale entre les populations les plus favorisées matériellement, celles qui sont le moyennement et les populations les plus défavorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,90) = .136; p=.873)]. On ne peut pas conclure qu'il existe une différence entre les moyennes du "*Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000*" des trois catégories de l'indice de défavorisation sociale. Aucune différence significative n'est observée dans l'utilisation des services hospitaliers comparativement à celle des services médicaux dispensés par les omnipraticiens pour les fins de santé mentale entre les populations les plus favorisées socialement, celles qui sont le moyennement et les populations les plus défavorisées.

Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc.) par 1000

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,89) = 9.961; p=.000)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. L'utilisation des services hospitaliers comparativement à celle des services médicaux dispensés par les médecins spécialistes pour les fins de santé mentale est plus élevée chez les populations les plus défavorisées matériellement comparativement aux populations les plus favorisées.

Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et les populations qui le sont moyennement.

Composante sociale : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,89) = .2.867; p=.062]. On ne peut pas conclure qu'il existe une différence entre les moyennes du "*Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc.) par 1000*" des trois catégories de l'indice de défavorisation sociale. Aucune différence significative n'est donc observée dans l'utilisation des services hospitaliers comparativement à celle des services médicaux dispensés par les médecins spécialistes pour les fins de santé mentale entre les populations les plus favorisées socialement, celles qui sont le moyennement et les populations les plus défavorisées.

Groupe 2 : Santé physique

Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000

Composante matérielle : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,89) = 1.244; p=.293]. On ne peut pas conclure qu'il existe une différence entre les moyennes du "*Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000*" des trois catégories de l'indice de défavorisation matérielle. Aucune différence significative n'est observée dans l'utilisation des services hospitaliers comparativement à celle des services médicaux dispensés par les omnipraticiens pour les fins de santé physique entre les populations les plus favorisées socialement, celles qui sont le moyennement et les populations les plus défavorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,90) = .160; p=.852]. On ne peut pas conclure qu'il existe une différence entre les moyennes du "*Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000*" des trois catégories de l'indice de défavorisation sociale. Aucune différence significative n'est observée dans l'utilisation des

services hospitaliers comparativement à celle des services médicaux dispensés par les médecins spécialistes pour les fins de santé physique entre les populations les plus favorisées socialement, celles qui sont le moyennement et les populations les plus défavorisées.

Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc.) par 1000

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,90) = 6.183; p=.003]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. L'utilisation des services hospitaliers comparativement à celle des services médicaux dispensés par les médecins spécialistes pour les fins de santé physique est plus élevée chez les populations les plus défavorisées matériellement comparativement aux populations les plus favorisées. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et les populations qui le sont moyennement.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,90) = 8.611; p=.000]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. L'utilisation des services hospitaliers comparativement à celle des services médicaux dispensés par les médecins spécialistes pour les fins de santé physique est plus élevée chez les populations les plus favorisées matériellement et chez celles qui le sont moyennement, cela, comparativement aux populations les plus défavorisées. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et les populations qui le sont moyennement.

Groupe 3 : Taux de chirurgie

Taux de chirurgie d'un jour par 1000 par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,88) = 4.310; p=.016]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. L'utilisation des services de chirurgie d'un jour comparativement à celle des services médicaux dispensés par les omnipraticiens est plus élevée chez les populations les plus favorisées matériellement comparativement aux populations les plus défavorisées. De même, l'utilisation des services de chirurgie d'un jour comparativement à celle des services médicaux dispensés par les médecins omnipraticiens est plus élevée chez les populations les plus favorisées matériellement comparativement aux populations moyennement favorisées. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations moyennement favorisées et les populations les plus défavorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,89) = 2.441; p=.093]. On ne peut pas conclure qu'il existe une différence entre les moyennes du "*Taux de chirurgie d'un jour par 1000 par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000*", des trois catégories de l'indice de défavorisation sociale. Aucune différence significative n'est observée dans l'utilisation des services de chirurgie d'un jour comparativement à celle des services médicaux dispensés par les omnipraticiens entre les populations les plus favorisées socialement, celles qui sont le moyennement et les populations les plus défavorisées.

Taux de chirurgie d'un jour par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc.) par 1000

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,89) = 4.445; p=.014]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. L'utilisation des services de chirurgie d'un jour comparativement à celle des services médicaux dispensés par les médecins spécialistes est plus élevée chez les populations les plus favorisées matériellement comparativement aux populations les plus défavorisées. De même, l'utilisation des services de chirurgie d'un jour comparativement à celle des services

médicaux dispensés par les médecins spécialistes est plus élevée chez les populations les plus favorisées matériellement comparativement aux populations moyennement favorisées. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations moyennement favorisées et les populations les plus défavorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [$F(2,89) = 8.069$; $p=.001$]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. L'utilisation des services de chirurgie d'un jour comparativement à celle des services médicaux dispensés par les médecins spécialistes est plus élevée chez les populations les plus favorisées matériellement comparativement aux populations les plus défavorisées. De même, l'utilisation des services de chirurgie d'un jour comparativement à celle des services médicaux dispensés par les médecins spécialistes est plus élevée chez les populations moyennement favorisées matériellement comparativement aux populations les plus défavorisées. Toutefois, aucune différence significative dans ce type d'utilisation n'est observée entre les populations les plus favorisées et les populations qui le sont moyennement.

Le tableau suivant synthétise les résultats des analyses de l'hypothèse #2 :

Le signe (+) traduit un résultat qui va dans le sens de l'hypothèse postulée, soit en faveur de l'iniquité d'utilisation des services de santé. Le signe (-) traduit un résultat qui va dans le sens inverse à la relation postulée dans l'hypothèse. Le chiffre (0) signifie que le résultat obtenu ne permet pas de conclure à une différence significative dans l'utilisation des services de santé (soit la comparaison de services hospitaliers par rapport aux services médicaux) entre les trois catégories à l'étude (soient les populations les plus favorisées, celles qui le sont moyennement, et les populations les plus défavorisées).

Tableau de synthèse des résultats de l'utilisation des services hospitaliers comparativement aux services médicaux		
Variables d'utilisation (Comparaison de l'utilisation des services hospitaliers par rapport aux services médicaux)	Indice de favorisation	
	Composante matérielle	Composante sociale
Santé mentale		
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	0	0
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	+	0
Santé physique		
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	0	0
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	+	-
Taux de chirurgie		
Taux de chirurgie d'un jour par 1000 par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	-	0
Taux de chirurgie d'un jour par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	-	-

Tableau VI : Synthèse des résultats de l'utilisation des services hospitaliers

Résumé : Les résultats de ce tableau démontrent que l'hypothèse #2 est en grande partie infirmée. En regard de la composante matérielle de l'indice de défavorisation, seulement deux (2) des six (6) indicateurs mesurés vont dans le sens de la relation postulée dans l'hypothèse, soit en faveur de l'iniquité dans l'utilisation des services de santé (soit la comparaison de services hospitaliers par rapport aux services médicaux). En regard de la composante sociale du même indice, les résultats de deux (2) des six (6) indicateurs mesurés divergent de la relation postulée dans l'hypothèse #2, donc en faveur de l'équité dans l'utilisation des services de santé. Les autres résultats, autant pour la composante matérielle que pour la composante sociale) ne sont pas significatifs.

5.3 Hypothèse #3

L'hypothèse #3 investigate une relation entre les besoins en santé des territoires CSSS du Québec et les ressources disponibles pour combler ces besoins. Les résultats correspondant à cette hypothèse se subdivisent en 4 grands groupes. Les indicateurs de chacun de ces groupes comportent les résultats correspondant d'une part à la composante matérielle, d'autre part à la composante sociale de l'indice de défavorisation. Les résultats détaillés des analyses statistiques appliquées à cette hypothèse de recherche sont présentés dans l'annexe #5 (Tableaux XXIX à XXXIII).

Groupe 1 : Capacité financière

Coût per capita global CSSS

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,90) = 12.498; p=.000)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *coût per capita global par CSSS* est significativement plus élevé chez les populations les plus défavorisées matériellement comparativement aux populations les plus favorisées et aux populations moyennement favorisées. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,90) = 6.169; p=.003)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le coût per capita global par CSSS est significativement plus élevé pour les populations les plus défavorisées socialement comparativement aux populations les plus favorisées. De même, le coût per capita global par CSSS est significativement plus élevé chez les populations les plus défavorisées socialement comparativement à celles qui le sont moyennement. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

Coût total de fonctionnement du CSSS per capita ajusté pour la mobilité hospitalière inter-RLS

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,61) = 11.742; p=.000)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *coût total de fonctionnement du CSSS per capita ajusté pour la mobilité hospitalière inter-RLS* est significativement plus élevé pour les populations les plus défavorisées matériellement comparativement aux populations moyennement favorisées. De même, le *coût total de fonctionnement du CSSS per capita ajusté pour la mobilité hospitalière inter-RLS* est significativement plus élevé chez les populations moyennement favorisées matériellement comparativement aux populations les plus favorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,61) = 3.858; p=.026)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *coût total de fonctionnement du CSSS per capita ajusté pour la mobilité hospitalière inter-RLS* est significativement plus élevé pour les populations les plus défavorisées socialement comparativement aux populations les plus favorisées. Toutefois, aucune différence significative n'est observée dans le *coût total de fonctionnement du CSSS per capita ajusté pour la mobilité hospitalière inter-RLS* entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

Groupe 2 : Capacité matérielle

Santé physique : Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé physique

Composante matérielle : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,66) = 1.390; p=.256)]. On ne peut pas conclure qu'il existe une différence entre les moyennes du "*Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé physique*" des trois catégories de l'indice de défavorisation matérielle. Aucune différence significative n'est observée dans le taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD pour les fins de santé physique entre les populations les plus favorisées matériellement, celles qui le sont moyennement et les populations les plus défavorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,66) = .745; p=.479)]. On ne peut pas conclure qu'il existe une différence entre les moyennes du "*taux*

de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé physique" des trois catégories de l'indice de défavorisation sociale. Aucune différence significative n'est observée dans le taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD pour les fins de santé physique entre les populations les plus favorisées socialement, celles qui le sont moyennement et les populations les plus défavorisées.

Santé mentale : Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé mentale

Composante matérielle : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,64) = 1.582; p=.562]. On ne peut pas conclure qu'il existe une différence entre les moyennes du "*Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé mentale*" des trois catégories de l'indice de défavorisation matérielle. Aucune différence significative n'est observée dans le taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD pour les fins de santé mentale entre les populations les plus favorisées matériellement, celles qui le sont moyennement et les populations les plus défavorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,64) = .070; p=.932]. On ne peut pas conclure qu'il existe une différence entre les moyennes du "*Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé mentale*" des trois catégories de l'indice de défavorisation sociale. Aucune différence significative n'est observée dans le taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD pour les fins de santé mentale entre les populations les plus favorisées socialement, celles qui le sont moyennement et les populations les plus défavorisées.

Longue durée : Taux de places en CHSLD par 1000 habitants de 65 ans et plus

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,91) = 6.587; p=.002]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *taux de places en CHSLD par 1000 habitants de 65 ans et plus* est significativement plus élevé chez les populations les plus défavorisées matériellement comparativement aux populations moyennement favorisées et aux populations les plus favorisées. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

Composante sociale : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,91) = .702; p=.498)]. On ne peut pas conclure qu'il existe une différence entre les moyennes du "*Taux de places en CHSLD par 1000 habitants de 65 ans et plus*" des trois catégories de l'indice de défavorisation sociale. Aucune différence significative n'est observée dans le *taux de places en CHSLD par 1000 habitants de 65 ans et plus* entre les populations les plus favorisées socialement, celles qui le sont moyennement et les populations les plus défavorisées.

Groupe 3 : Capacité humaine

Le sigle ETP apparaissant dans la plupart des titres d'indicateurs signifie « *Équivalent temps plein* ».

A) Personnel

Taux de personnel (ETP) en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1) par 1000 habitants

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,91) = 13.728; p=.000)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *taux de personnel (ETP) en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1) par 1000 habitants* est significativement plus élevé chez les populations les plus défavorisées matériellement comparativement aux populations moyennement favorisées. De même, le *taux de personnel (ETP) en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1) par 1000 habitants* est significativement plus élevé chez les populations moyennement favorisées comparativement aux populations les plus favorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,91) = 7.512; p=.001)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *taux de personnel (ETP) en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1) par 1000 habitants* est significativement plus élevé chez les populations les plus favorisées socialement comparativement aux populations les plus défavorisées. De même, le *taux de personnel (ETP) en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1) par 1000 habitants* est significativement plus élevé chez les populations moyennement favorisées comparativement aux populations les plus défavorisées. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

Taux de personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2) en ETP par 1000 habitants

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,91) = 20.527; p=.000)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *taux de personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2) en ETP par 1000 habitants* est significativement plus élevé chez les populations les plus défavorisées matériellement comparativement aux populations moyennement favorisées. De même, le *taux de personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2) en ETP par 1000 habitants* est significativement plus élevé chez les populations moyennement favorisées matériellement comparativement aux populations les plus favorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,91) = 4.002; p=.022)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *taux de personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2) en ETP par 1000 habitants* est significativement plus élevé chez les populations les plus défavorisées socialement comparativement aux populations les plus favorisées. De même, le *taux de personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2) en ETP par 1000 habitants* est significativement plus élevé chez les populations les plus défavorisées comparativement aux populations moyennement favorisées. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

Taux de personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (catégorie 3) en ETP par 1000 habitants

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,89) = 16.336; p=.000)]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *taux de personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (catégorie 3) en ETP par 1000 habitants* est significativement plus élevé chez les populations les plus défavorisées matériellement comparativement aux populations moyennement favorisées. De même, le *taux de personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (catégorie 3) en ETP par 1000 habitants* est significativement plus élevé chez les populations moyennement favorisées comparativement aux populations les plus favorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,89) = 6.011; p=.004]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *taux de personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (catégorie 3) en ETP par 1000 habitants* est significativement plus élevé chez les populations les plus favorisées socialement et chez les populations moyennement favorisées, cela, comparativement aux populations les plus défavorisées. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

Taux de personnel des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4) en ETP par 1000 habitants

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,91) = 13.129; p=.000]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *taux de personnel des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4) en ETP par 1000 habitants* est significativement plus élevé chez les populations les plus défavorisées matériellement comparativement aux populations les plus favorisées. De même, le *taux de personnel des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4) en ETP par 1000 habitants* est significativement plus élevé chez les populations moyennement favorisées comparativement aux populations les plus favorisées. Par contre, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus défavorisées et les populations moyennement favorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,91) = 7.002; p=.001]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *taux de personnel des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4) en ETP par 1000 habitants* est significativement plus élevé chez les populations les plus favorisées et chez les populations moyennement favorisées socialement, cela, comparativement aux populations les plus défavorisées. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

B) Médecins

Taux d'omnipraticiens (ETP) par 1000 habitants

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,90) = 3.607; p=.031]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *taux*

d'omnipraticiens (ETP) par 1000 habitants est significativement plus élevé chez les populations les plus défavorisées matériellement comparativement aux populations les plus favorisées. Par contre, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus défavorisées et les populations moyennement favorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,90) = 653; p=.513]. On ne peut pas conclure qu'il existe une différence entre les moyennes du "*Taux d'omnipraticiens (ETP) par 1000 habitants*" des trois catégories de l'indice de défavorisation sociale. Aucune différence significative n'est observée dans le *taux d'omnipraticiens (ETP) par 1000 habitants* entre les trois catégories de populations à l'étude, soient les populations les plus favorisées, celles qui le sont moyennement et les populations les plus défavorisées.

Taux de spécialistes (ETP) par 1000 habitants

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,86) = 3.313; p=.041]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *taux de spécialistes (ETP) par 1000 habitants* est significativement plus élevé chez les populations les plus favorisées matériellement comparativement aux populations les plus défavorisées. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,86) = 4.227; p=.018]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *taux de spécialistes (ETP) par 1000 habitants* est significativement plus élevé chez les populations les plus défavorisées socialement comparativement aux populations les plus favorisées. Par ailleurs, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

C) Pénurie

Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire par les effectifs totaux et les heures travaillées par la main d'œuvre indépendante en fonction des heures totales travaillées (%).

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,91) = 4.434; p=.015]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. La "*proportion des heures travaillées en temps supplémentaire par les effectifs totaux et les heures travaillées par la main d'œuvre indépendante en fonction des heures totales travaillées (%)*" est plus élevée chez les populations les plus favorisées matériellement comparativement aux populations les plus défavorisées. Par ailleurs, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,91) = 12.909; p=.000]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. La "*proportion des heures travaillées en temps supplémentaire par les effectifs totaux et les heures travaillées par la main d'œuvre indépendante en fonction des heures totales travaillées (%)*" est plus élevée chez les populations les plus défavorisées socialement comparativement aux populations les plus favorisées. Par ailleurs, cette mesure est significativement plus élevée chez les populations les plus défavorisées comparativement aux populations moyennement favorisées.

Groupe 4 : Viabilité des ressources

A) Viabilité – Encadrement et administration

Taux de dépenses en administration et en soutien aux services (%)

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,92) = 3.898; p=.024]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *taux de dépenses en administration et en soutien aux services* est significativement plus élevé chez les populations les plus défavorisées matériellement comparativement aux populations les

plus favorisées. Par contre, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées et celles qui le sont moyennement.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,92) = 3.428; p=.037]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Par ailleurs, les résultats au test de Levene (F= 1.451; =.240) montrent qu'il y a aucune raison de soupçonner un problème au niveau de l'homogénéité des variances. Toutefois, en utilisant le test post hoc Tukey B, on ne peut conclure qu'à un seuil de signification de .05, il existe une différence de moyenne statistiquement significative dans le "*Taux de dépenses en administration et en soutien aux services (%)*", soit entre les trois catégories de l'indice de défavorisation sociale. Aucune différence significative n'est observée entre les populations à l'étude, soit entre les populations les plus favorisées socialement, celles qui le sont moyennement et les populations les plus défavorisées.

Taux d'encadrement (%)

Composante matérielle : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,92) = .043; p=.958]. On ne peut pas conclure qu'il existe une différence entre les moyennes du "*Taux d'encadrement (%)*" des trois catégories de l'indice de défavorisation matérielle. Aucune différence significative n'est observée dans le *taux d'encadrement* entre les populations à l'étude, soit entre les populations les plus favorisées matériellement, celles qui le sont moyennement et les populations les plus défavorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,92) = 1.942; p=.149]. On ne peut pas conclure qu'il existe une différence entre les moyennes du "*Taux d'encadrement (%)*", des trois catégories de l'indice de défavorisation sociale. Aucune différence significative n'est observée dans le *taux d'encadrement* entre les populations à l'étude, soit entre les populations les plus favorisées socialement, celles qui le sont moyennement et les populations les plus défavorisées.

B) Viabilité – Capacité de recrutement

Évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (techniciens et professionnels)

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,83) = 15.892; p=.000]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. "*L'évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (techniciens et professionnels)*" est significativement plus élevée chez les populations les plus favorisées matériellement comparativement aux populations qui le sont moyennement. De même, cette mesure est significativement plus élevée chez les populations moyennement favorisées matériellement comparativement aux populations les plus défavorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,91) = 9.985; p=.000]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. "*L'évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (techniciens et professionnels)*" est significativement plus élevée chez les populations les plus défavorisées socialement comparativement aux populations les plus favorisées. Par contre, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus défavorisées et les populations moyennement favorisées.

Évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (personnel soignant : infirmier et cardio-respiratoire)

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,91) = 11.827; p=.000]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. "*L'évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (personnel soignant : infirmier et cardio-respiratoire)*" est plus élevée chez les populations les plus favorisées matériellement comparativement aux populations les plus défavorisées. Cette mesure est également plus élevée chez les populations les plus favorisées matériellement comparativement aux populations qui le sont moyennement. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations moyennement favorisées et les populations les plus défavorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,91) = 9.985; p=.000]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. "*L'évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (personnel soignant : infirmier et cardio-respiratoire)*" est plus élevée chez les populations les plus défavorisées socialement comparativement aux populations les plus favorisées. De même, cette mesure est plus élevée chez les populations moyennement favorisées matériellement comparativement aux populations les plus favorisées. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations moyennement favorisées et les populations les plus défavorisées.

C) Viabilité – Capacité de rétention

Taux de rétention des employés en nombre

Composante matérielle : L'analyse montre un test F significatif [(F(2,92) = 4.216; p=.018]. On peut conclure qu'il existe une différence entre les moyennes. Le *taux de rétention des employés en nombre* est significativement plus élevé chez les populations les plus favorisées matériellement comparativement aux populations les plus défavorisées. De même, ce taux est significativement plus élevé chez les populations les plus favorisées matériellement comparativement aux populations qui le sont moyennement. Par contre, aucune différence significative n'est observée entre les populations moyennement favorisées et les populations les plus défavorisées.

Composante sociale : L'analyse montre un test F non significatif [(F(2,92) = 1.112; p=.333]. On ne peut pas conclure qu'il existe une différence entre les moyennes du "*Taux de rétention des employés en nombre*" des trois catégories de l'indice de défavorisation sociale. Aucune différence significative n'est observée dans le *taux de rétention des employés en nombre* entre les populations à l'étude, soient celles qui sont les plus favorisées socialement, celles qui le sont moyennement et les populations les plus défavorisées.

Le tableau suivant synthétise les résultats des analyses de l'hypothèse #3 :

Le signe (+) traduit un résultat qui va dans le sens de l'hypothèse postulée, soit en faveur de l'iniquité de disponibilité des ressources en santé. Le signe (-) traduit un résultat qui va

dans le sens contraire à la relation postulée dans l'hypothèse. Le chiffre (0) signifie que le résultat obtenu ne permet pas de conclure à une différence significative dans l'acquisition des ressources en santé entre les trois catégories à l'étude (soient les populations les plus favorisées, celles qui le sont moyennement, et les populations les plus défavorisées).

Tableau de synthèse des résultats de disponibilité des ressources		
Variables de ressources	Indice de favorisation	
	Composante matérielle	Composante sociale
Capacité financière		
Coût per capita global CSSS	-	-
Coût total de fonctionnement du CSSS per capita ajusté pour la mobilité hospitalière inter-RLS	-	-
Capacité matérielle		
Santé physique : Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé physique	0	0
Santé mentale : Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé mentale	0	0
Longue durée : Taux de places en CHSLD par 1000 habitants de 65 ans et plus	-	0
Capacité humaine		
A) Personnel		
Taux de personnel (ETP) en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1) par 1000 habitants	-	+
Taux de personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2) en ETP par 1000 habitants	-	-
Taux de personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (catégorie 3) en ETP par 1000 habitants	-	+
Taux de personnel des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4) en ETP par 1000 habitants	-	+
B) Médecins		
Taux d'omnipraticiens (ETP) par 1000 habitants	-	0
Taux de spécialistes (ETP) par 1000 habitants	+	-
C) Pénurie		
Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire par les effectifs totaux et les heures travaillées par la main d'œuvre indépendante en fonction des heures totales travaillées (%).	-	-
Viabilité – Encadrement et administration		
Taux de dépenses en administration et en soutien aux services (%)	-	0

Taux d'encadrement (%)	0	0
Viabilité – Capacité de recrutement		
Évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (techniciens et professionnels)	+	-
Évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (personnel soignant : infirmier et cardio-respiratoire)	+	-
Viabilité – Capacité de rétention		
Taux de rétention des employés en nombre	+	0

Tableau VII : Synthèse des résultats de la distribution des ressources en santé

Résumé : Les résultats de ce tableau démontrent que l'hypothèse #3 est en grande partie infirmée. En regard de la composante matérielle de l'indice de défavorisation, quatorze (14) des dix sept (17) indicateurs mesurés présentent une différence significative, dont seulement trois (3) vont dans le sens de la relation postulée dans l'hypothèse #3. En regard de la composante sociale de l'indice de défavorisation, les résultats de dix (10) indicateurs parmi les dix sept (17) mesurés concordent avec la relation postulée dans l'hypothèse #3. De ces dix (10) indicateurs, seulement trois (3) indicateurs confirment l'hypothèse #3.

En ce qui concerne la composante matérielle de l'indice de défavorisation, trois (3) résultats ne sont pas significatifs. En ce qui a trait à la composante sociale, sept (7) indicateurs ne présentent pas de différences significatives.

CHAPITRE 6 :

DISCUSSION

Chapitre 6 – Discussion

6.1 Discussion

Dans cette section les discussions sont présentées séparément pour chacune des hypothèses testées. Les résultats qui infirment ou qui confirment les relations postulées dans les hypothèses sont prioritairement analysés. Toutefois, les observations permettant de nuancer la compréhension de ces relations font l'objet d'une brève évocation.

6.1.1 Hypothèse #1

Selon l'hypothèse #1, dans les territoires CSSS où l'indice de défavorisation est plus élevé, l'utilisation des services de santé n'est pas plus élevée. Dans cette perspective, il s'avère qu'une utilisation des services de santé est dit équitable si les populations les plus défavorisées en bénéficient davantage comparativement aux populations les plus favorisées ou aux populations moyennement favorisées.

L'objectif des analyses était de vérifier le lien existant entre l'indice de défavorisation (matérielle et sociale) et les variables d'utilisation des services de santé (soient les services médicaux, les services hospitaliers, les services CLSC) au Québec au cours des périodes 2006-2007 et 2008-2009. Parmi les 7 indicateurs d'utilisation des services de santé analysés, 5 présentent des liens significatifs avec la composante matérielle, et également 5 présentent des différences significatives avec la composante sociale de l'indice de défavorisation.

Toutefois, l'analyse de ces résultats révèle que l'utilisation des services de santé est équitable en ce qui concerne la défavorisation matérielle, mais pas en ce qui a trait à la défavorisation sociale des populations.

Composante matérielle de l'indice de défavorisation

Au niveau de la composante matérielle de l'indice de défavorisation, l'hypothèse #1 est infirmée. Les 5 différences significatives observées vont dans le sens inverse à la relation postulée dans l'hypothèse #1. Les populations les plus défavorisées matériellement utilisent davantage de services de santé comparativement aux populations les plus favorisées ou aux populations moyennement favorisées. Ce résultat est consistant avec d'autres études. Selon Philibert et al (2007), les indices de défavorisation indiquent que les CLSCs du Québec répondent particulièrement aux besoins de santé des populations défavorisées, spécialement en ce qui concerne les services sociaux et les services de santé mentale [59].

Cette tendance à une plus grande utilisation des services par les populations les plus défavorisées matériellement s'observe au niveau des *services médicaux* (taux d'utilisation par 1000 habitants des services dispensés par les omnipraticiens), des *services hospitaliers* (taux d'admissions en hospitalisation par 1000 habitants pour les fins de santé physique et mentale), des *services CLSC* (taux d'usagers différent global par 1000 habitants en CSSS, taux de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS par 1000 habitants de 65 ans et plus). Bien que tous ces résultats divergent de la relation postulée dans l'hypothèse #1, il n'en demeure pas moins que le fort taux de personnes de 65 ans et plus en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile, comme il est observé chez les populations les plus défavorisées, témoigne de l'importance des besoins de santé de ces populations. En référence à ces cinq (5) différences significatives observées pour ces derniers indicateurs, l'utilisation des services de santé est plus élevée dans les territoires CSSS où l'indice de défavorisation matérielle est plus élevé.

Toutefois, en ce qui concerne les services hospitaliers, on note que les hospitalisations évitables sont plus élevées chez les populations les plus défavorisées (voir Tableau V, à la page 47). Ce dernier constat ne traduit point une situation équitable, étant donné que les populations les plus favorisées sur le plan matériel ne sont pas autant exposées que les populations les plus défavorisées à ces mêmes hospitalisations évitables de courte durée en

santé physique et en santé mentale. Ce résultat est soutenu par certaines études selon lesquelles l'utilisation des services hospitaliers au Québec est plus importante chez les sociaux défavorisés [60]. Il importe de souligner que ce constat fait partie des résultats non intentionnellement recherchés par les analyses de l'étude.

Composante sociale de l'indice de défavorisation

Au niveau de la composante sociale de l'indice de défavorisation, l'hypothèse #1 est vérifiée pour 4 des 5 différences significatives observées. Ainsi, parmi les différences significatives observées, une seule va dans le sens inverse de la relation postulée dans l'hypothèse, soit en faveur de l'équité d'utilisation des services de santé de services médicaux dispensés par des médecins spécialistes. Le résultat traduisant de l'équité dans l'utilisation des services de santé dispensés par les médecins spécialistes va à l'encontre de certains résultats de recherches soutenant que les services de spécialistes sont surtout bénéficiés par les populations les mieux nanties [19, 43, 60].

Par contre, en référence aux 4 autres différences significatives observées, les populations les plus favorisées socialement utilisent davantage les services de santé (médicaux, hospitaliers, CLSC) comparativement aux populations les plus défavorisées.

Ainsi, en ce qui concerne les services médicaux, l'utilisation des services médicaux dispensés par les omnipraticiens est plus élevée chez les populations les plus favorisées socialement comparativement aux populations les plus défavorisées. Ce résultat va toutefois à l'encontre de la plupart des études effectuées sur le Québec [44].

De même, au niveau des services hospitaliers, le taux de chirurgie d'un jour par 1000 habitants et le taux d'admissions en hospitalisation pour les fins de santé physique sont plus élevés chez les populations les plus favorisées socialement comparativement aux populations les plus défavorisées. Cela peut, par ailleurs, sous-tendre une moindre accessibilité des populations les plus défavorisées socialement à ces services hospitaliers.

Se référant aux résultats significatifs obtenus pour la composante sociale de l'indice de défavorisation, l'utilisation des services de santé est donc moins élevée dans les territoires CSSS où l'indice de défavorisation sociale est plus élevé. Cela concorde avec le rapport de

l'administrateur général du Canada soutenant que les inégalités en matière de santé sont fondamentalement des inégalités sociales et que les groupes démographiques les plus défavorisés ont plus de chance de souffrir d'un mauvais état de santé physique et mentale que les groupes démographiques plus favorisés [9].

6.1.2 Hypothèse #2

Selon l'hypothèse #2, plus l'indice de défavorisation est élevé dans les territoires CSSS, plus l'utilisation des services d'hospitalisation est élevée comparativement à celle des services médicaux. Ainsi, les populations les plus défavorisées utilisent plus de services hospitaliers que de services médicaux, cela, comparativement aux populations les plus favorisées. Une telle situation sous-tend de l'iniquité en santé, compte tenu du fait que l'utilisation adéquate des services médicaux est supposée prévenir, à un certain degré, la propension à utiliser les services d'hospitalisation. L'observation d'une situation inéquitable dans ce contexte soulignerait l'existence d'une situation d'iniquité dans l'utilisation des services médicaux chez les populations le plus défavorisées.

Les résultats intéressent trois (3) groupes d'indicateurs d'utilisation des services de santé se rapportant aux services de santé mentale, aux services de santé physique et aux services chirurgicaux.

L'objectif des analyses était de vérifier le lien existant entre l'indice de défavorisation (matérielle et sociale) et les *variables de comparaisons* (soit l'utilisation des services hospitaliers par rapport à celle des services médicaux) au Québec au cours des périodes 2006-2007 et 2008-2009. Parmi les 6 indicateurs analysés pour le propos de cette hypothèse, 4 présentent des liens significatifs avec la composante matérielle de l'indice de défavorisation; par ailleurs, 2 de ces indicateurs présentent des différences significatives avec la composante sociale du même indice.

Composante matérielle de l'indice de défavorisation

Au niveau de la composante matérielle de l'indice de défavorisation, l'hypothèse #2 est en grande partie infirmée. Deux (2) des différences significatives observées vont dans le sens inverse à la relation postulée dans l'hypothèse #2 et les deux (2) autres relations testées ne présentent aucune signification. Seulement deux (2) des différences significatives confirment l'hypothèse.

En ce qui concerne les problèmes liés à la santé mentale, les populations les plus défavorisées matériellement utilisent davantage les services hospitaliers eu égard aux services médicaux dispensés par les médecins spécialistes, ce, comparativement aux populations les plus favorisées (Voir Tableau VI, à la page 53). En regard de la relation postulée dans l'hypothèse, il s'agit d'une situation inéquitable. De même, la plupart des auteurs observent une surhospitalisation chez les populations défavorisées au Québec [60]. Dans le rapport 2011 du directeur de santé publique de Montréal sur les inégalités sociales de santé, on observe que le système de soins de santé publique prend en charge certaines maladies mentales telle la schizophrénie, mais non les troubles d'anxiété et la dépression réactive; et par ailleurs les psychothérapeutes privés sont trop chers pour les moins nantis [10]. Cela peut, en partie, expliquer leur forte utilisation des services hospitaliers, notamment suite à l'aggravation de leur état de santé.

De même, en ce qui a trait aux problèmes de santé physique, les populations les plus défavorisées matériellement utilisent davantage les services hospitaliers comparativement aux services médicaux dispensés par les médecins spécialistes (Tableau VI), ce qui s'avère inéquitable eu égard à l'hypothèse postulée. Cela concorde avec les résultats d'une étude réalisée par Hamel et al (2002); selon ces derniers, les hospitalisations liées aux traumatismes autant intentionnels que non intentionnels sont fortement liés à la défavorisation matérielle [60].

Par contre, deux (2) indicateurs infirment l'hypothèse. Le taux de chirurgie d'un jour par 1000 habitants (lorsque comparé à l'utilisation des services médicaux dispensés d'une part par les omnipraticiens et d'autre part par les médecins spécialistes) est plus élevé chez les

populations les plus favorisées matériellement comparativement aux populations les plus défavorisées (Voir Tableau VI, à la page 53).

Composante sociale de l'indice de défavorisation

Au niveau de la composante sociale de l'indice de défavorisation, deux (2) indicateurs infirment l'hypothèse #2, et donc jouent en faveur de l'équité d'utilisation des services de santé.

Le taux d'admissions en hospitalisation par 1000 habitants (courte durée) est plus élevé chez les populations les plus favorisées socialement comparativement aux populations les plus défavorisées, cela, par rapport à l'utilisation des services médicaux dispensés par les médecins spécialistes pour les fins de santé physique. Selon cette observation et compte tenu du fait que les services médicaux sont censés prévenir une utilisation importante des services hospitaliers, il semble que les populations les plus défavorisées utilisent les services des médecins spécialistes beaucoup plus qu'il n'en est le cas chez les populations les plus favorisées. Par contre, une étude réalisée dans le CSSS de la Vieille-Capitale par Koninck et al (2008) soutient le fait selon lequel les populations les plus favorisées utilisent davantage les services dispensés par les médecins spécialistes [44]. Toutefois, il s'avère que cette dernière étude ne portait pas à l'échelle du Québec.

Dans la même logique, le taux de chirurgie d'un jour par 1000 habitants est plus élevé chez les populations les plus favorisées socialement comparativement aux populations les plus défavorisées, cela, par rapport à l'utilisation des services médicaux dispensés par les médecins spécialistes. Il s'avère, dans cette situation, que les populations les plus défavorisées utilisent les services des médecins spécialistes beaucoup plus qu'il n'en est le cas chez les populations les plus favorisées.

Il ressort de ces analyses que l'utilisation relative des médecins spécialistes s'avère plus équitable au Québec que celle des omnipraticiens, cela, chez les populations défavorisées autant matériellement que socialement. Cependant, ce résultat va à l'encontre de la plupart des études soutenant que les personnes les plus nanties utilisent plus les services de santé spécialisés comparativement aux populations les plus défavorisées [19, 43, 61]. L'accès

aux groupes de médecine de famille (GMF) instaurés au Québec depuis 2002 pourrait, en partie, expliquer un tel phénomène. Implantés en vue d'améliorer la performance du système de santé, dont la continuité et l'accessibilité aux soins primaires, les GMF sont par contre en pénurie d'effectifs par rapport aux besoins de santé de la population [62]. De plus, ce modèle est souvent critiqué d'être un modèle fermé où l'on observe une grande disparité entre les services dispensés aux patients inscrits comparativement aux patients non-inscrits [62]. Dans la mesure où l'accès à la plupart des GMF serait difficile aux populations les plus défavorisées, il y aurait conséquemment une faible utilisation des services dispensés par les GMF chez les populations les plus défavorisées et donc une augmentation de la probabilité qu'elles recourent aux services des spécialistes face à l'aggravation de leurs problèmes de santé. Ces dernières considérations semblent en partie concorder avec une suggestion de l'AQESSS. Dans une évaluation de la performance des CSSS du Québec effectuée sur les données de santé 2008-2009, AQESSS suggère l'implantation d'un processus d'accueil clinique dans les CSSS afin d'améliorer l'accès aux médecins de famille et aux services de première ligne [58].

6.1.3 Hypothèse #3

Selon l'hypothèse #3, dans les territoires CSSS où l'indice de défavorisation est plus élevé, les ressources disponibles pour combler les besoins en santé de la population ne sont pas plus élevées. Une éventuelle confirmation de cette hypothèse sous-tend de l'iniquité dans la disponibilité des ressources en santé contre les populations les plus défavorisées.

Les résultats intéressent quatre (4) groupes d'indicateurs de disponibilité de ressources en santé; ces derniers se rapportent aux ressources financières, aux ressources matérielles, aux ressources humaines, et à la viabilité de la plupart des ressources.

L'objectif des analyses était de vérifier le lien existant entre l'indice de défavorisation (matérielle et sociale) et les variables relatives aux ressources en santé disponible pour satisfaire les besoins en santé des populations dans les CSSS entre les périodes 2007-2008

et 2008-2009 au Québec. Parmi les 17 indicateurs utilisés pour analyser les écarts dans la disponibilité des ressources pour dispenser des services de santé, 14 présentent des liens significatifs avec la composante matérielle de l'indice de défavorisation et 10 avec la composante sociale.

Composante matérielle de l'indice de défavorisation

Au niveau de la composante matérielle de l'indice de défavorisation, l'hypothèse #3 est en grande partie infirmée. Parmi les 14 différences significatives observées entre cette composante et les indicateurs mesurés, 10 infirment l'hypothèse, alors que 4 la confirment. Ainsi, les populations les plus défavorisées matériellement disposent relativement de plus de ressources (*financières, matérielles, humaines*) que les populations les plus favorisées. En lien avec ce résultat, on peut affirmer que la santé de la population est en quelque sorte fonction de l'équité dans la répartition des ressources et des biens collectifs [9].

Par contre, toujours au niveau de la composante matérielle, l'iniquité dans la disponibilité des ressources est observée pour quatre (4) des indicateurs, soient *le taux de médecins spécialistes travaillant à temps plein pour 1000 habitants, l'évolution des effectifs des techniciens et professionnels, l'évolution des effectifs du personnel soignant (infirmier et cardio-respiratoire), et le taux de rétention des employés* (Voir Tableau VII, à la page 65). En ce qui concerne ces derniers indicateurs, les populations les plus favorisées matériellement disposent de plus de médecins spécialistes, jouissent d'une meilleure capacité de recrutement et de rétention du personnel que les populations les plus défavorisées. Cela concorde avec certains écrits soutenant qu'au Canada et au Québec, des différences selon le statut socio-économique subsistent en ce qui concerne l'accès aux ressources reliées à la santé [43]. Cette situation rejoint l'observation selon laquelle l'allocation des ressources aux établissements de santé au Québec se fait de façon inéquitable et inadéquate [48]. Dans une étude réalisée en 2003 sur les transformations du réseau de santé à Montréal, on note qu'une réduction de ressources hospitalières se serait associée à une réduction dans l'accès des populations les plus défavorisées économiquement aux interventions pertinentes [63].

Composante sociale de l'indice de défavorisation

Au niveau de la composante sociale de l'indice de défavorisation, l'hypothèse #3 est en grande partie infirmée. Parmi les 10 différences significatives observées entre cette composante et les indicateurs mesurés, 7 infirment l'hypothèse, alors que 3 la confirment. Ainsi, les populations les plus défavorisées socialement disposent relativement de plus de ressources (*financières, matérielles, humaines*) que les populations les plus favorisées. Ce résultat rejoint l'idée selon laquelle une allocation équitable de ressources, notamment des ressources financières, entre des régions ou des groupes sociaux, constitue une approche active de réduction d'iniquités en matière de santé parmi les populations concernées [64]. Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les populations les plus favorisées socialement et les populations défavorisées en termes de disponibilité d'omnipraticiens, de ressources matérielles, d'encadrement, de dépenses en administration, et en capacité de rétention du personnel.

Par contre, il importe de noter une iniquité intéressant essentiellement la disponibilité du personnel. Les trois (3) indicateurs confirmant l'hypothèse #3 concernent la disponibilité du personnel non médical (soient le personnel travaillant à temps plein en soins infirmiers et cardio-respiratoires; le personnel de bureau, les techniciens et les professionnels de l'administration; les techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux) (Voir Tableau VII, à la page 65). Les populations les plus favorisées socialement disposent de plus ces catégories de personnel comparativement aux populations les plus défavorisées.

6.1.4 Limites et forces de l'étude

Limites

Cette étude comporte deux limites valant la peine d'être mentionnées. L'une concerne l'approfondissement des hypothèses de recherche et l'autre la validité externe des résultats.

Limites liées à la validité interne

Seules des analyses de variance ont été effectuées pour tester les trois hypothèses de recherche. Ces analyses ont permis d'apprécier le lien existant entre l'indice de

défavorisation matérielle et sociale d'une part, et les variables d'utilisation des services de santé et les variables de disponibilité des ressources en santé d'autre part. Toutefois, étant donné la possibilité d'interrelations entre les différents groupes de variables dépendantes ou de l'effet de variables non à l'étude telles des variables de milieux (urbains, ruraux), des analyses multivariées auraient permis d'approfondir davantage les hypothèses #1 et #2 afin d'examiner l'utilisation des services de santé selon les besoins de santé de la population en contrôlant d'une part pour les ressources nécessaires, et d'autre part pour d'autres variables étrangères. D'ailleurs, différentes formes d'accessibilité aux services de santé entre les régions urbaines et rurales sont observées, la proportion de la population québécoise sans médecin de famille étant plus importante dans les milieux urbains [65].

De plus, en dépit du faible gradient de santé souvent observé chez les populations les plus défavorisées, on ne peut établir de lien de causalité entre l'indice de défavorisation et l'utilisation des services de santé et de la disponibilité des ressources.

Limites liées à la validité externe

Les données recueillies au niveau des sources n'ont pas été originellement colligées pour des fins de recherche. En effet, en dépit de la validation dont elles ont fait l'objet dans les traitements des chercheurs de l'IRSPUM, on peut supposer qu'une certaine marge d'erreur de précision leur est associée.

De plus, les données qui ont fait l'objet des analyses concernaient les années 2006-2007 et 2008-2009. Ainsi, le caractère transversal de cette étude empêche de reporter les résultats de recherche sur d'autres périodes, les analyses effectuées ne permettant donc pas de capter l'évolution dans le temps du volume de ressources (matérielles, humaines, financières) disposées ou de dresser le profil d'utilisation des services de santé sur d'autres périodes de temps. Or, la plupart des rapports peuvent témoigner de l'évolution de l'utilisation se services de santé [66-68] ou de l'évolution des statistiques concernant les ressources humaines et matérielles du système sociosanitaire québécois [69, 70].

Forces

Cette étude offre toutefois certains avantages. Elle est la première à avoir analysé le caractère équitable de l'utilisation des services de santé et de la disponibilité des ressources en santé au Québec, notamment pour les périodes 2006 – 2007 et 2008 – 2009, en utilisant l'indice de défavorisation matérielle et sociale de Pampalon et al (2010).

Les mesures utilisées ont fait l'objet d'une validation depuis leurs sources et pendant leur extraction par les chercheurs de l'IRSPUM. De même, les différentes mises à jour les concernant ont par ailleurs augmenté leur fiabilité.

Il existe également une forte adéquation entre le modèle théorique de Donabedian utilisé dans le cadre de cette étude et les indicateurs opérationnalisant les dimensions considérées (utilisation des services de santé et disponibilité des ressources). Par ailleurs, l'indice de défavorisation matérielle et sociale de Pampalon et al (2010) [54] permet de déterminer dans quelle mesure les différentes catégories de populations à l'étude utilisent les services de santé nécessaires ou disposent des ressources requises en regard de leurs besoins en santé.

Les multiples analyses de variance effectuées entre l'indice de défavorisation et chacune des variables dépendantes (utilisation des services de santé et disponibilité des ressources) ont permis d'observer et de nuancer de multiples relations significatives sur l'équité en santé dans le système de santé québécois.

Les résultats de cette recherche dressent un portrait global de l'équité d'utilisation des services de santé et de la disponibilité des ressources en santé dans la province de Québec, du moins pour les périodes couvertes par l'étude. Cette recherche nuance donc les rares situations d'iniquité en santé qui sont observées au Québec sur le double angle de défavorisation matérielle et sociale des populations desservies. Cette étude soutient toutefois l'idée selon laquelle certaines disparités de santé, pourtant remédiables, persistent au sein du système de santé québécois [10].

CHAPITRE 7 :

CONCLUSION

Chapitre 7 - Conclusion

Cette section synthétise les principaux résultats de recherche.

Le modèle de Donabedian met en lien les besoins en santé, l'utilisation des services de santé et les ressources disponibles pour dispenser ces services [2]. Ce modèle n'évoque pas explicitement le concept d'équité; toutefois dans la littérature, il s'avère qu'une utilisation des services dite équitable tient compte des besoins en santé de la population; de même, elle requiert la disponibilité, la distribution de ressources suffisantes, adéquates et viables selon les besoins de santé des différents groupes bénéficiaires.

L'analyse faite de l'utilisation des services de santé montre que : lorsqu'une différence significative est observée dans l'utilisation des services de santé, celle-ci est généralement plus élevée chez les populations les plus défavorisées comparativement aux populations les plus favorisées. Dans de très rares exceptions, l'utilisation est plus grande chez les populations les plus favorisées.

Ces observations sur l'utilisation des services de santé varient quelque peu selon le type de défavorisation. Elles se vérifient surtout en ce qui concerne la composante matérielle de l'indice de défavorisation. Dans aucun cas, l'utilisation des services de santé n'est plus grande chez les populations favorisées matériellement. Toutefois, l'utilisation des services de santé est plus grande chez les populations les plus favorisées sur trois types de services, soit l'utilisation des services médicaux dispensés par les omnipraticiens, l'utilisation des services hospitaliers de courte durée pour les fins de santé physique, et l'utilisation des services CLSC par les usagers en CSSS.

La relation entre la défavorisation des populations et les proportions de services hospitaliers utilisés comparativement aux services médicaux est beaucoup moins claire. Il existe peu de services pour lesquelles des différences sont significatives. Il importe toutefois de relever une observation intéressante et contraire à la relation postulée dans l'hypothèse #2 chez les populations présentant une vulnérabilité sociale : les deux (2) différences significatives observées révèlent que ce sont les populations favorisées

socialement qui utilisent proportionnellement plus les services hospitaliers que les services médicaux (notamment les services dispensés par les médecins spécialistes).

La disponibilité des ressources en santé est relativement équitable au Québec. Généralement les populations défavorisées disposent de plus de ressources que les populations les plus favorisées. Cette relation est surtout observée pour la défavorisation matérielle. Il existe une importante exception à la règle générale concernant la répartition du personnel. La répartition du personnel non médical se fait en faveur des populations les plus favorisées socialement. Aussi, la disponibilité des médecins spécialistes, la capacité de recrutement et de rétention du personnel sont également plus grandes chez les populations les plus favorisées matériellement.

En somme, ce mémoire peut servir d'amorce ou de compléments à d'autres études plus approfondies sur la compréhension des disparités et des iniquités en santé au Québec. Il serait intéressant d'investiguer l'effet des milieux (urbains et ruraux) sur le caractère équitable du système de santé québécois ainsi que les facteurs décisionnels, aux différents paliers de prise de décision du système de santé, qui peuvent s'associer aux iniquités en santé chez les populations matériellement et socialement différentes.

Wébographie :

Base de données de l'INSPQ, TABLE D'ÉQUIVALENCE, 2006; consulté le 1^{er} septembre 2011. Disponible sur le lien URF :

<http://www.inspq.qc.ca/santescope/indicedefavo.asp?NoIndD=4>

Références:

1. Champagne, F., et al., *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: le modèle Égipss.*, 2005, GRIS, Université de Montréal, rapport R05-05.: Montréal.
2. Donabedian, A., *Aspects of Medical Care Administration: Specifying requirements for Health Care.* 4 ed. 1973, Cambridge: Harvard University Press.
3. Wright, J., R. Williams, and J.R. Wilkinson, *Development and importance of health needs assessment.* *Bmj*, 1998. **316**(7140): p. 1310-1313.
4. Leclere, F.B., L. Jensen, and A.E. Biddlecom, *Health-Care Utilization, Family Context, and Adaptation among Immigrants to the United-States.* *Journal of Health and Social Behavior*, 1994. **35**(4): p. 370-384.
5. Ridde, V. and A. Guichard, *Réduire les inégalités sociales de santé: aporie, épistémologie et défis*, in *Lutter contre les inégalités sociales de santé: Politiques publiques et pratiques professionnelles*, C. Niewiadomski and P. Aiach, Editors. 2008, Presses de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique: Rennes. p. 57-80.
6. Asada, Y., *Health Inequality: Morality and Measurement.* 2007, Toronto (Canada): University of Toronto Press. 294.
7. Niessen, L.W., E.W.M. Grijseels, and F.F.H. Rutten, *The evidence-based approach in health policy and health care delivery.* *Social Science & Medicine*, 2000. **51**: p. 859 - 869.
8. Anand, S., *The concern for equity in health*, in *Public health, ethics and equity*, S. Anand, F. Peter, and A. Sen, Editors. 2004, Oxford University Press: New York. p. 15 - 20.
9. ACSP, *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2008: S'attaquer aux inégalités en santé 2008*, Dr David Butler-Jones: Canada. p. 128.
10. LeBlanc, M.-F., M.-F. Raynault, and R. Lessard, *Social inequalities in health in Montréal*, 2011, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal: Montréal (Québec). p. 21.
11. Pineault, R., et al., *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur le première ligne au Québec. Rapport de recherche - Résumé*, 2008, INSPQ: Québec. p. 4.

12. Forest, P.-G. and A. Jean, *Les questions d'éthique sociale dans le système de santé québécois*, in *Le système de santé québécois, un modèle en transformation*, C. Bégin, et al., Editors. 1999, Les Presses de l'Université de Montréal: Montréal. p. 31-51.
13. Bordeleau, L., *Les politiques d'allocation interrégionale des ressources: tâtonnements et recommencements au nom de l'équité*, in *Le système sociosanitaire au Québec: gouvernance, régulation et participation*, M.J. Fleury, et al., Editors. 2007, Les Éditions de la Chenelière inc. : Montréal (Québec). p. 99-114.
14. IRSPUM and AQESSS, *Rapport technique - Evaluation de la performance des CSSS*, 2011, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS): Montréal. p. 290.
15. Roy, D.A., E. Litvak, and F. Paccaud, *Des réseaux responsables de la population: moderniser la gestion et la gouvernance en santé*. 2010, Montréal: Les éditions du point.
16. Looper, M. and G. Lafortune, *Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries*, in *OECD Health working papers No 43*, OECD, Editor 2009, OECD: France. p. 54.
17. Braverman, P., *Monitoring equity in health and healthcare: A conceptual framework*. *Journal of Health Population and Nutrition*, 2003. **21**(3): p. 181-192.
18. Hamer, L., et al., *Health equity audit made simple: A briefing for primary care trusts and local strategic partnerships*, 2003, National Health Services, Health Development Agency, Public Health Observatories.
19. Doorslaer, E.V., X. Koolman, and F. Puffer, *L'équité en matière d'utilisation des visites médicales dans les pays de l'OCDE: A-t-on atteint l'équité de traitement à besoin équivalent?*, in *Etre à la hauteur: Mesurer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, P. Smith, Editor. 2002, OCDE, Santé Canada. p. 243-263.
20. Whitehead, M., *La lutte contre les inégalités de santé en Europe: comment les réduire*, in *Lutter contre les inégalités sociales de santé*, C. Niewiadomski and P. Aiach, Editors. 2008, Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé publique: Rennes. p. 109-119.
21. Kringos, D.S., et al., *The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions*. *BMC Health Serv Res*, 2010. **10**: p. 65.

22. Allin, S., C. Hernandez-Quevedo, and C. Masseria, *Measuring equity of access to health care*, in *Performance measurement for health system improvement - Experiences, challenges and prospects*, P.C. Smith, et al., Editors. 2009, Cambridge University Press: New York (United States of America). p. 187-221.
23. Sérange-Fonterme, R., *Les disparités sociales de consommation médicale*. 1983, Paris (France): Economica. 231.
24. Braverman, P., *Health Disparities and Health Equity*. Annual Review of Public Health, 2006. **27**: p. 167-194.
25. Sen, A., *Why health equity?*, in *Public health, ethics and equity* S. Anand, F. Peter, and A. Sen, Editors. 2004, Oxford University Press: New York. p. 21-33.
26. Carter-Pokras, O. and C. Baquet, *What is "Health Disparity"?* Public Health Reports, 2002. **117**(September-October).
27. Kawachi, I., S.V. Subramanian, and N. Almeida-Filho, *A glossary for health inequalities*. Journal of Epidemiology and Community Health, 2002. **56**(9): p. 647 - 652.
28. Whitehead, M., *The concepts and principles of equity in health*, 1990, WHO, Reg. Off. Eur: Copenhagen. p. 29.
29. Rochaix, L. and S. Tubeuf, *Mesures de l'équité en santé. Fondements éthiques et implications*. Revue économique, 2009. **60**(2): p. 325-344.
30. Champagne, F., et al., *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS 2005*. p. 149.
31. NCCDH, *Intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'égalité face à la santé dans les pratiques de santé publique au Canada: analyse du contexte en 2010*. 2011, Antigonish, Nouvelle Ecosse: Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. 89.
32. Sen, A., *Inequality reexamined*. 1992, Cambridge (United States of America): Harvard University Press. 207.
33. Rawls, J., *A theory of Justice*. 1971, Cambridge, MA, United States of America: Harvard University Press.
34. Théberge, Y., *Appréciation de la performance du système de services de santé et de services sociaux / Expérimentation au palier local*, 2005, Le Conseil de la santé et du bien-être. p. 28.
35. Culyer, A.J. and A. Wagstaff, *Need, equity and equality in health and health care*. 1992: University of York, Centre for Health Economics.

36. Dever, G.E.A., *The epidemiology of health services utilization*, in *Epidemiology of health services management*. 1984, An Aspen Publication: Rockville. p. 211-236.
37. Oleske, D.M., *Epidemiology and the Delivery of Health Care Services*, ed. K.A.P. Publishers. 2001, New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic/ Plenum Publishers. 401.
38. Andersen, R. and J. Newman, *Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States*. The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society 1973. **51**(1): p. 95-124.
39. OMS, *Comblant le fossé en une génération - Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, 2008, Organisation mondiale de la santé, Commission des déterminants sociaux de la santé: Genève. p. 36 p.
40. Lynch, J. and G. Kaplan, *Socioeconomic Position*, in *Social Epidemiology*, L. Berkman and I. Kawachi, Editors. 2000, Oxford University Press: New York. p. 13-35.
41. Bartley, M., *Inégalités sociales de santé: de la description à l'explication*, in *Lutter contre les inégalités sociales de santé: Politiques publiques et pratiques professionnelles*, C. Niewiadomski and P. Aiach, Editors. 2008, Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique: Rennes. p. 81 - 95.
42. Ourti, T.V., *Measuring horizontal inequality in health care using belgian panel data*, 2002, Faculty of Applied Economics UFSIA-RUCA, University of Antwerp: Antwerp. p. 1-33.
43. Ferland, M., G. Paquet, and F. Lapointe, *Liens entre le statut socio-économique et la santé*. Les Classiques des sciences sociales. 1995, Québec (Canada): Publications Québec. 66.
44. Koninck, M., et al., *Santé: Pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales se créent et se perpétuent* INSPQ, Editor 2008, Gouvernement du Québec: Montréal, Qc. p. 106.
45. Dever, G.E.A., *Epidemiology's future in health management*, in *Epidemiology of health services management*. 1984, An Aspen Publication: Rockville. p. 375-386.
46. MSSS-Québec, *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et des services sociaux - Document principal*, Santé-et-Services-sociaux, Editor 2004, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux: Montréal.
47. Gouvernement-du-Québec, *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*, 1991, Ministère de la santé et des services sociaux: Québec. p. 128.

48. Lemay, A., et al., *Allocation de ressources aux établissements de santé et services sociaux: Pistes et balises pour implanter le financement à l'activité*, 2011, AQESSS: Montréal. p. 38.
49. Carr-Hill, R. and P. Chalmers-Dixon, *A review of methods for monitoring and measuring social inequality deprivation and health inequality*, 2002, Centre for Health Economics: Toronto.
50. Epidemiological Bulletin, June 2005. **26**(2).
51. Epidemiological Bulletin, March 2005. **26**(1).
52. Epidemiological Bulletin, December 2004. **25**(4).
53. Pampalon, R., D. Hamel, and P. Gamache, *Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec? Une étude de l'évolution récente de la mortalité prématurée selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale, le sexe, la cause principale de décès et le milieu géographique*, 2008, Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec: Montréal. p. 20 p.
54. Pampalon, R., P. Gamache, and D. Hamel, *Indice de défavorisation matérielle et sociale du Québec - Suivi méthodologique de 1991 à 2006*, 2010, Institut National de Santé Publique du Québec, Gouvernement du Québec: Montréal. p. 20 p.
55. Koninck, M., *Un regard multidisciplinaire sur la construction des inégalités sociales de santé*, in *Les inégalités sociales au Québec*, M. Koninck, A. Demers, and P. Bernard, Editors. 2008, Les Presses de l'Université de Montréal: Montréal. p. 57-84.
56. Contandriopoulos, A., et al., *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. 1990, Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal. 197.
57. Fox, W., *Statistiques sociales*. 3 ed. 1999, Québec (Canada): Les Presses de l'Université Laval. 374.
58. Boucher, G., et al., *Rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance 2011 - Centres de santé et des services sociaux - Données 2008-2009*, 2011, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux: Montréal. p. 48.
59. Philibert, M.D., et al., *Material and social deprivation and health and social services utilisation in Québec: A local-scale evaluation system*. *Social Science & Medicine*, 2007. **64**(2007): p. 1651-1664.
60. Paquet, G. and B. Tellier, *Les facteurs sociaux de la santé*, in *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, V. Lemieux, et al., Editors. 2003, Les Presses de l'Université Laval: Québec. p. 65-89.

61. Doorslaer, E. and A. Wagstaff, *Equity in the delivery of health care: Some international comparisons*. Journal of Health Economics, 1992. **11**: p. 389-411.
62. Breton, M., J.-F. Lévesque, and W. Hogg, *L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec: potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires*. Pratiques et Organisation des Soins, 2011. **42**(2): p. 101-109.
63. Tousignant, P., et al., *Évaluation de l'impact de la reconfiguration du réseau hospitalier sur la santé et le bien-être de la population de Montréal - Résultats du monitoring II (années 1993-1994 à 2000-2001)*, 2007, INSPQ: Québec. p. 165.
64. WHO, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. c2008, Geneva (Switzerland): World Health Organization. 246.
65. Pineault, R., et al., *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport détaillé*, 2005, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal: Montréal. p. 45.
66. Bilodeau, H., M.-P. Moreault, and M. Paré, *Évolution de l'utilisation des services hospitaliers par la population du territoire de Laval pour quatre programmes ciblés par la PRSA et CHARL: pédiatrie, oncologie, système respiratoire et gériatrie (annexe 6)*, in *Évaluation de la programmation régionale de soins ambulatoires*, F. Champagne, et al., Editors. 2001, Groupe de recherche interdisciplinaire (GRIS): Montréal (Qc).
67. Camirand, J., L. Chénard, and G. Légaré, *Accessibilité des services de santé: Étude des déplacements de la population de la région 01 dans l'utilisation des services médicaux spécialisés*, 1989, Département de santé communautaire, Centre hospitalier régional de Rimouski: Québec. p. 40.
68. St-Pierre, M., *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec* MSSS, Editor 2009, MSSS-Québec: Québec. p. 181.
69. St-Pierre, M.-A., *SERHUM - Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système sociosanitaire québécois - Période 1982-1983 à 1992-1993*, MSSS, Editor 1994, Gouvernement du Québec: Québec. p. 56.
70. St-Pierre, M., *SERHUM - Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système sociosanitaire québécois - Période 1980-81 à 1988-89*, MSSS, Editor 1990, Gouvernement du Québec: Québec. p. 63.

LES ANNEXES

Annexe 1 : Approbation éthique

Objet :	RE: Protocole de recherche – Comité d'éthique
De :	Paré Guillaume
À :	Félix Prophète
Cc :	François Champagne
Date :	Mercredi 18 avril 2012 11h55

Bonjour M. Prophète,

Puisque votre projet porte uniquement sur des données agrégées, quelles ne concernent pas des individus per se et que vos objectifs de recherche portent sur la performance des divers CSSS en regard du niveau de défavorisation de la région desservie, votre projet ne répond pas à la définition de recherche avec des participants humains au sens de l'Énoncé de politique des trois Conseils (2010).

Par conséquent, votre projet ne requiert pas une approbation éthique.

Si ma compréhension de votre projet vous appert erronée ou si votre projet subissait des modifications quant à la provenance ou la nature des données collectées, je vous prie de m'en informer afin que je révisé la présente position.

En espérant que ces informations vous éclairent, je vous souhaite une agréable fin de journée et une bonne continuation dans vos travaux de recherche.

Cordialement,

Guillaume Paré | conseiller en éthique de la recherche

Coordonnateur

Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)

Site Web : <http://www.ceres.umontreal.ca>

Avis de confidentialité : Ce document électronique (incluant tout fichier ou élément qui y est joint) est destiné uniquement à la personne ou à l'entité à qui il est adressé. Il peut contenir des renseignements personnels, confidentiels ou assujettis au secret professionnel.

Si vous avez reçu ce document par erreur, il vous est interdit de le reproduire, de le conserver ou d'utiliser les renseignements qui y sont contenus, d'une quelconque manière. Veuillez le détruire et avoir l'obligeance de communiquer avec l'expéditeur, afin qu'il apporte les correctifs requis.

Annexe 2 : Définitions et méthode de calcul des indicateurs

Nom et traceur (Services médicaux)	Définition	Méthode de calcul	Base de données / Précisions sur le numérateur et le dénominateur
Taux d'utilisation des services médicaux (ETP) par 1 000 habitants - Omnipraticiens	Cet indicateur mesure les services médicaux (omnipraticiens) reçus, à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire, par la population du territoire du CSSS	Utilisation par la population des services médicaux fournis par des omnipraticiens à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire de RLS pendant l'année à l'étude $\frac{\text{Utilisation par la population des services médicaux fournis par des omnipraticiens à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire de RLS pendant l'année à l'étude}}{\text{Population totale du territoire de RLS au 1er juillet de l'année de l'étude}} \times 1\,000$	Numérateur : CONSOM ETP, T_spec = «0» Dénominateur : CONSOM Population totale du territoire de RLS
Taux d'utilisation des services médicaux (ETP) par 1 000 habitants - Spécialistes	Cet indicateur mesure les services médicaux (spécialistes) reçus, à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire, par la population du territoire du CSSS.	Utilisation par la population des services médicaux fournis par des spécialistes à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire de RLS pendant l'année à l'étude $\frac{\text{Utilisation par la population des services médicaux fournis par des spécialistes à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire de RLS pendant l'année à l'étude}}{\text{Population totale du territoire de RLS au 1er juillet de l'année de l'étude}} \times 1\,000$	Numérateur : CONSOM ETP, T_spec = «1 à 49» Dénominateur : CONSOM Population totale du territoire de RLS

Tableau VIII : Indicateurs des services médicaux

Nom et traceur (Services hospitaliers)	Définition	Méthode de calcul	Base de données / Précisions sur le numérateur et le dénominateur
<p align="center">Taux d'hospitalisation par 1000 – courte durée (ajusté par âge et sexe) Santé physique</p>	<p>Cet indicateur mesure le nombre annuel d'hospitalisations, ajusté selon l'âge et le sexe pour des soins physiques de courte durée par 1 000 habitants, que ces soins soient prodigués à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire de résidence de l'usager. Le dénominateur est toutefois établi en fonction du CSSS d'origine des bénéficiaires et non pas du lieu de l'hospitalisation.</p>	<p align="center"> $\frac{\text{Nombre d'admission en hospitalisation en soins physiques de courte durée des résidents du territoire du CSSS recevant leurs soins à l'intérieur ou à l'extérieur de ce territoire}}{\text{Population du territoire de CSSS au 1er juillet de l'année à l'étude}} \times 1\,000$ </p>	<p>Numérateur : MED-ÉCHO</p> <p>Pour la précision sur le chemin : Voir ci-dessous</p> <p>Dénominateur : Projections ISQ</p>
<p align="center">Taux d'hospitalisation par 1000 – courte durée (ajusté par âge et sexe) Santé mentale</p>	<p>Cet indicateur mesure le nombre annuel d'hospitalisations, ajusté selon l'âge et le sexe, pour des soins de courte durée en</p>	<p align="center"> $\frac{\text{Nombre total annuel d'admission en hospitalisations d courte durée en santé mentale des résidents du territoire du CSSS recevant leurs soins à l'intérieur ou à l'extérieur de ce territoire}}{\text{Population totale du territoire de CSSS au 1er juillet de l'année à l'étude}} \times 1\,000$ </p>	<p>Numérateur : MED-ÉCHO</p> <p>Précision : Regroupement de la maladie mentale F00-F99 Les sorties (congs et décès) de patients souffrant de maladies mentales ou de toxicomanie hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques et généraux canadiens, codes 290 à 319 de la</p>

	<p>santé mentale par 1 000 habitants, que ces soins soient prodigués à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire de résidence de l'utilisateur. Le dénominateur est toutefois établi en fonction du CSSS d'origine des bénéficiaires et non pas du lieu de l'hospitalisation.</p>		<p>CIM-9, codes F00 à F99 et G30 de la CIM-10, sont incluses. http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/quickstats/MH2_Fr_Query_Info_Rev.html</p> <p>Dénominateur : Projections ISQ</p>
<p>Taux de chirurgies d'un jour par 1000 habitants (ajusté selon l'âge et le sexe)</p>	<p>Cet indicateur mesure le nombre d'interventions en chirurgie d'un jour, ajusté selon l'âge et le sexe par 1 000 habitants, que ces chirurgies soient réalisées à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire de résidence de l'utilisateur.</p>	<p>Nombre d'interventions en chirurgie d'un jour des résidents du territoire du CSSS opérés à l'intérieur ou à l'extérieur de ce territoire</p> $\frac{\text{Nombre d'interventions en chirurgie d'un jour des résidents du territoire du CSSS opérés à l'intérieur ou à l'extérieur de ce territoire}}{\text{Population du territoire de CSSS au 1er juillet de l'année à l'étude}} \times 1\,000$ <p>Information complémentaire : Ajustement pour le sexe et les 11 groupes d'âge (0-4, 5-9, ..., 80++)</p> <p>Précision : Le taux réel de « chirurgie d'un jour » est possiblement sous-estimé. Cela s'explique par le fait que les séjours prévus en chirurgie ambulatoire (et ultérieurement recodés en chirurgie conventionnelle) sont ne sont pas considérés dans de l'étude (PATH).</p>	<p>Numérateur : MED-ÉCHO</p> <p>Précision sur le chemin : Type de soins=27</p> <p>Dénominateur : Projections ISQ</p>

Tableau IX : Indicateurs des services hospitaliers

Nom et traceur (Services CLSC)	Définition	Méthode de calcul	Base de données / Précisions sur le numérateur et le dénominateur
Taux d'usagers différents global par 1000 habitants par CSSS	Cet indicateur mesure le taux d'usagers différents résidant sur le territoire ayant reçu au moins une intervention individuelle, de couple ou familiale au cours de l'année.	$\frac{\text{Nombre total d'usagers différents (mission CLSC)}}{\text{Population totale du territoire du CSSS au 1er juillet}} \times 1\,000$	<p>Numérateur : I-CLSC</p> <p>Précision sur le chemin : Nombre d'usagers distincts ayant reçus des interventions de types = 1,2,3 et raison de l'intervention #1 <> 5500</p> <p>Dénominateur : Projections ISQ</p>
Taux de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC) par 1000 habitants de 65 ans et plus	Cet indicateur mesure le nombre d'usagers différents qui, depuis le début de l'année financière, reçoivent de services à domicile du CSSS (mission CLSC) en lien avec une perte d'autonomie liée au vieillessement.	$\frac{\text{Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)}}{\text{Population 65 ans et plus du territoire du CSSS au 1er juillet}} \times 1\,000$	<p>Numérateur : I-CLSC</p> <p>Précision sur le chemin : Nb d'usagers distinct ayant reçu des interventions au profil d'intervention 710 et Centre d'activités = 6173 ou 6178 ou 6351 ou 6531 ou 6561 ou 7111 ou 7161 ou 7162 et Raison de l'intervention #1 <> 5500 et Type d'intervention = 1 (individuelle)</p> <p>Dénominateur : Projections ISQ</p> <p>Précision sur le chemin: Population 65 ans et plus du territoire du CSSS</p>

<p>Taux de demandes de services rendus en CSSS (mission CLSC) par 1 000 habitants</p>	<p>Cet indicateur mesure le taux de demandes de services retenues (acceptées, traitées et terminées), par 1000 habitants, sur le territoire du CSSS.</p>	<p>Nombre de demandes de services retenues (acceptées, traitées et terminées) par CSSS (mission CLSC) pendant l'année à l'étude $\frac{\text{Nombre de demandes de services retenues (acceptées, traitées et terminées) par CSSS (mission CLSC) pendant l'année à l'étude}}{\text{Population totale du territoire de CSSS au 1er juillet}} \times 1\,000$</p>	<p>Numérateur : I-CLSC</p> <p>Précision sur le chemin : Nombre de demandes de service avec le code de décision = 100 ou 400</p> <p>Dénominateur : Projections ISQ</p> <p>Précision sur le chemin : Population total du territoire du CSSS</p>
---	--	---	---

Tableau X : Indicateurs de l'utilisation des services CLSC

Nom et traceur (Capacité financière)	Définition	Méthode de calcul	Base de données / Précisions sur le numérateur et le dénominateur
Coût total de fonctionnement du CSSS per capita	Cet indicateur mesure le montant des dépenses de fonctionnement du CSSS en fonction de la population du territoire (per capita).	$\frac{\text{Dépenses totales de fonctionnement de l'établissementau 31 mars de l'année à l'étude}}{\text{Population du territoire au 1er juillet de l'année à l'étude}}$	Numérateur : AS-471 Précision sur le chemin : P200, L28,C1 + P201, L13,C1 (2008-2009) Dénominateur : Projections ISQ
Coût total de fonctionnement du CSSS per capita ajusté pour la mobilité hospitalière inter-RLS	Cet indicateur mesure le montant des dépenses de fonctionnement du CSSS per capita ajusté pour la mission hospitalière c'est-à-dire le ratio des entrées et des sorties en soins de courte durée.	$\frac{\text{Coût total de fonctionnement du CSSS per capita}}{\text{Ratio des entrées et des sorties hospitalières}}$	Numérateur : AS-471 P200,L28,C1 + P201,L13,C1 (2008-2009) P200,L16,C1 + P200,L26,C1 (2006-2007 et 2007-2008) Dénominateur : MED-ÉCHO Résultat de l'indicateur 13000-133

Tableau XI : Indicateurs de capacité financière

Nom et traceur (Capacité matérielle)	Définition	Méthode de calcul	Base de données / Précisions sur le numérateur et le dénominateur
Taux de lits dressés par 1 000 habitants en CHCD	Cet indicateur mesure la disponibilité des lits de courte durée en milieu hospitalier en fonction de la population totale du territoire de CSSS au 1er juillet de cette même année.	<p>Nombre total de lits dressés de courte durée (occupés ou non) qui sont utilisables immédiatement pour tous les types d'hôpitaux (général, spécialisé, réadaptation et mental (excluant psychiatrie longue durée)) au 31 mars de l'année à l'étude.</p> $\frac{\text{Nombre total de lits dressés de courte durée (occupés ou non) qui sont utilisables immédiatement pour tous les types d'hôpitaux (général, spécialisé, réadaptation et mental (excluant psychiatrie longue durée)) au 31 mars de l'année à l'étude.}}{\text{Population totale du territoire de CSSS au 1er juillet de l'année à l'étude}} \times 1\,000$	<p>Numérateur : AS-471</p> <p>Précision sur le chemin : P233, L15,C1 (2007-2008 et 2008-2009)</p> <p>P232 L15 C1 (2006-2007)</p> <p>Dénominateur : Projections ISQ</p>
Taux de lits de CD en santé mentale par 1 000 habitants	Cet indicateur mesure la disponibilité des lits de courte durée dédiés à la santé mentale en fonction de la population totale du territoire de CSSS au 1er juillet de cette même année. Il permet d'évaluer la capacité du CSSS à mobiliser les ressources matérielles nécessaires pour répondre aux besoins de la population. <i>Note : La mesure n'est pas</i>	<p>Nombre total de lits dressés d'hôpital de courte durée (occupés ou non) en santé mentale qui sont utilisables immédiatement (excluant la psychiatrie longue durée) au 31 mars de l'année à l'étude</p> $\frac{\text{Nombre total de lits dressés d'hôpital de courte durée (occupés ou non) en santé mentale qui sont utilisables immédiatement (excluant la psychiatrie longue durée) au 31 mars de l'année à l'étude}}{\text{Population totale du territoire du CSSS au 1er juillet de l'année à l'étude}} \times 1\,000$	<p>Numérateur : AS-478</p> <p>Précision sur le chemin : P2, L2, C1</p> <p>Dénominateur : Projections ISQ</p>

	<i>standardisée d'un établissement à l'autre à cause de la variable des lits dressés.</i>		
Taux de places en CHSLD par 1 000 habitants de 65 ans et plus	Cet indicateur mesure la disponibilité des lits de longue durée permanents et temporaires en fonction de la population du territoire de 65 ans et plus au 1er juillet de cette même année. Il permet d'évaluer la capacité du CSSS à mobiliser les ressources matérielles pour répondre aux besoins de la population.	$\frac{\text{Nombre total de lits de soins de longue durée (occupés ou non) qui sont utilisables immédiatement sur le territoire de CSSS au 31 mars de l'année à l'étude}}{\text{Population de 65 ans ou plus du territoire de CSSS au 1er juillet de l'année à l'étude}} \times 1\,000$	<p>Numérateur : AS-471</p> <p>Précision sur le chemin : P233,L16,C1 (2007-2008 et 2008-2009)</p> <p>P232 L16 C1 (2006-2007)</p> <p>Dénominateur : Projections ISQ Population de 65 ans et plus</p>

Tableau XII : Indicateurs de capacité matérielle

Nom et traceur (Personnel)	Définition	Méthode de calcul	Base de données / Précisions sur le numérateur et le dénominateur
Taux de personnel (ETP) en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1) par 1 000 habitants	Cet indicateur mesure le nombre de personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1) en ETP par 1000 habitants. Il permet d'évaluer la capacité du CSSS à mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation de sa mission.	$\frac{\text{Nombre d'ETP en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1)}}{\text{Population du territoire du CSSS au 1er juillet de l'année à l'étude}} \times 1000$	Numérateur : R-22 Titres d'emploi : 1907,1911,1912,1913,1914,1915, 1916,2244,2246,2247,2248,2287, 2459,2462,2471,2473,2485,2489, 2490,2491,3445,3446,3455,3461, 3529,4001,4002 Dénominateur : Projections ISQ
Taux de personnel (ETP) paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2) par 1 000 habitants	Cet indicateur mesure le nombre d'ETP du personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2) par 1000 habitants. Il permet d'évaluer la capacité du CSSS à mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation de sa mission.	$\frac{\text{Nombre d'ETP du personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2)}}{\text{Population du territoire au 1er juillet de l'année l'étude}} \times 1000$	Numérateur : R-22 Titres d'emploi : 3201,3203,3204,3205,3208,3212,3215, 3218,3223,3224,3229,3241,3244,3247, 3259,3262,3449,3458,3459,3462,3465, 3467,3480,3481,3485,3495,3505,3544, 3545,3585,3588,3598,3679,3684,3685, 3687,3699,6262,6299,6301,6302,6303, 6312,6317,6320,6325,6327,6334,6335, 6336,6340,6341,6344,6346,6347,6349, 6352,6353,6354,6355,6356,6357,6359, 6360,6361,6362,6363,6364,6365,6366, 6367,6368,6369,6370,6373,6374,6375, 6380,6382,6383,6386,6387,6388,6395, 6398,6407,6409,6414,6415,6418,6422, 6423,6436,6438 Dénominateur : Projections ISQ
Taux de personnel (ETP) de bureau, techniciens et	Cet indicateur mesure le nombre de personnel de bureau,	$\frac{\text{Nombre d'ETP du personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (catégorie 3)}}{\text{Population du territoire au 1er juillet de l'année l'étude}} \times 1000$	Numérateur : R-22 Titres d'emploi : 1101,1104,1105,1106,

professionnels de l'administration (catégorie 3) par 1 000 habitants	techniciens et professionnels de l'administration (catégorie 3) en ETP par 1000 habitants. Il permet d'évaluer la capacité du CSSS à mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation de sa mission.	Population du territoire au 1er juillet de l'année	1109,1115,1123,1124,1206,1241,1244,1533,1661,2101,2102,2106,2123,2124,2258,2275,2333,2356,2369,2370,2371,2374,2377,2379,2466,3245,3251,5108,5111,5117,5119,5130,5141,5187,5289,5301,5302,5303,5304,5345 Dénominateur : Projections ISQ
Taux de personnel (ETP) des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4) par 1 000 habitants	Cet indicateur mesure le nombre de personnel techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4) en ETP par 1000 habitants. Il permet d'évaluer la capacité du CSSS à mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation de sa mission.	$\frac{\text{Nombre d'ETP du personnel techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4)}}{\text{Population du territoire au 1er juillet de l'année}} \times 1\,000$	Numérateur : R-22 1114,1121,1200,1202,1204,1205,1207,1219,1228,1230,1233,1234,1236,1238,1254,1255,1258,1291,1407,1521,1534,1538,1539,1540,1543,1544,1546,1550,1551,1552,1553,1554,1557,1559,1560,1565,1570,1651,1652,1656,1657,1658,1660,1701,1702,1703,2203,2205,2207,2208,2212,2213,2214,2219,2222,2223,2224,2227,2232,2234,2236,2240,2241,2242,2251,2253,2254,2257,2259,2261,2262,2264,2270,2271,2273,2276,2277,2278,2280,2282,2284,2285,2286,2290,2291,2295,2360,2362,2363,2367,2368,2375,2381,2584,2586,2588,2686,2688,2691,2694,2696,2697,2699,2702,4003. Dénominateur : Projections ISQ

Tableau XIII : Indicateurs de capacité humaine

Nom et traceur (Médecins)	Définition	Méthode de calcul	Base de données / Précisions sur le numérateur et le dénominateur
Taux d'omnipraticiens par 1 000 habitants - Total RLS (offre ETP) - Omnipraticiens	Cet indicateur mesure le nombre de médecins omnipraticiens en ETP pratiquant sur le territoire de CSSS (CH, cabinet, CLSC, autre) en fonction de la population du territoire.	$\frac{\text{Nombre de médecins omnipraticiens actifs (ETP) pratiquant dans le territoire du RLS (C.H., cabinet, CLSC, autre) au 31 décembre de l'année de l'étude}}{\text{Population totale du territoire de RLS au 1er juillet de l'année à l'étude}} \times 1\,000$	Numérateur : CONSOM Précision sur le chemin: ETPO, T_Spec = «0» Dénominateur : CONSOM Précision sur le chemin : Population du territoire de RL
Taux de spécialistes par 1 000 habitants - Total RLS (offre ETP) - Spécialistes	Cet indicateur mesure le nombre de médecins spécialistes en ETP pratiquant sur le territoire de CSSS en fonction de la population du territoire.	$\frac{\text{Nombre de médecins spécialistes actifs (ETP) pratiquant dans le territoire du RLS (C.H., cabinet, CLSC, autre) au 31 décembre de l'année de l'étude}}{\text{Population totale du territoire de RLS au 1er juillet de l'année à l'étude}} \times 1\,000$	Numérateur : CONSOM Précision sur le chemin : ETPO, T_spec = «1 à 49» Dénominateur : CONSOM Précision sur le chemin : Population du territoire de RLS

Tableau XIV : Indicateurs de capacité humaine (Personnel médical)

Nom et traceur (Pénurie)	Définition	Méthode de calcul	Base de données / Précisions sur le numérateur et le dénominateur
Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire par l'ensemble des effectifs et des heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante (%) en fonction des heures totales travaillées	Cet indicateur évalue dans quelle mesure le personnel œuvrant au CSSS est en nombre suffisant. Il mesure le nombre d'heures travaillées en temps supplémentaire par l'ensemble des effectifs et les heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante par rapport aux heures totales travaillées.	$\frac{\text{Nombre d'heures travaillées en temps supplémentaire par l'ensemble des effectifs} + \text{nombre d'heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante au 31 mars de l'année à l'étude}}{\text{Nombre d'heures totales travaillées pendant l'année à l'étude (heures régulières + heures supplémentaires + heures de la main-d'oeuvre indépendante)}} \times 100$	Numérateur : AS-471 Précision sur le chemin : P320, L3 + L5,C3 Dénominateur : AS-471 Précision sur le chemin : P320, L7,C3

Tableau XV : Indicateur de pénurie

Nom et traceur (Encadrement et administration)	Définition	Méthode de calcul	Base de données / Précisions sur le numérateur et le dénominateur
Taux des dépenses en administration et soutien aux services (%)	Cet indicateur mesure le montant des dépenses associées à l'administration et au soutien aux services comparativement au montant des dépenses totales.	$\frac{\text{Coûts directs nets en administration et soutien aux services du CSSS au 31 mars de l'année à l'étude}}{\text{Coûts des dépenses totales du CSSS au 31 mars de l'année à l'étude}} \times 100$	<p>Numérateur : AS-471 Précision sur le chemin : P650,L24,C3 Centres d'activités : 6760,6764,7300,7301,7302,7303,7304,7305,7306,7307,7320,7340,5900,6000,7200,7201,7202,7203,7210,7350,7530,7531,7532,7533</p> <p>Dénominateur : AS-471 Précision sur le chemin : P200,L28,C1 + P201,L13,C1 (2008-2009) P200 L16 C1 + P200 L26 C1 (2006-2007 ET 2007-2008)</p>
Ratio d'encadrement	Cet indicateur mesure le nombre d'employés non cadres sur le nombre de cadres et non cadres du CSSS.	$\frac{\text{Nombre d'employés non cadres (ETP services cliniques, ETP services administratifs, ETP services de support) par établissement au 31 mars de l'année de l'étude}}{\text{Nombre d'employés cadres par établissement au 31 mars de l'année de l'étude}}$	<p>Numérateur : AS-471 Précision sur le chemin : P234,L1 +L3, C1 (2007-2008 et 2008-2009) P233, L1 + L3 C1 (2006-2007)</p> <p>Dénominateur : AS-471 Précision sur le chemin : P234, L5 + L7 + L10,C1 (2007-2008 et 2008-2009) P233, L5 + L7 + L10 C1 (2006-2007)</p>

Tableau XVI : Indicateurs de viabilité – Encadrement et administration

Nom et traceur (Capacité de recrutement)	Définition	Méthode de calcul	Base de données / Précisions sur le numérateur et le dénominateur
<p>Évolution des effectifs pour certains titres d'emploi en pénurie - Agrégé (traceurs : Infirmière, Infirmière auxiliaire, Infirmière clinicienne, Préposé aux bénéficiaires, Inhalothérapeute, Ergothérapeute, Physiothérapeute, Pharmacien, technologue en radiodiagnostic, technologue médical, audiologiste et orthophoniste, psychologue, travailleur social, technicien en éducation spécialisée, diététiste-nutritionniste et auxiliaire familiale et sociale)</p>	<p>Cet indicateur mesure l'accroissement ou la réduction des effectifs en pénurie (techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux et personnel soignant) du CSSS. Il permet d'apprécier la disponibilité de certaines professions en pénurie ainsi que les efforts du CSSS à recruter la main-d'œuvre requise pour répondre aux besoins de la population.</p>	<p>Différence des effectifs en pénurie du CSSS, en poste au 31 mars entre les années 2 et 1 (faire pour 2008-2009 et 2007-2008 puis calculer la moyenne des évolutions des années 2008-2009 et 2007-2008</p> $\frac{\text{Effectifs en pénurie du CSSS, au 31 mars de l'année 1}}{\text{Moyenne des 2 évolutions (Évolution 2008-2009; Évolution 2007-2008)}}$ <p>Information complémentaire : Moyenne des 2 évolutions (Évolution 2008-2009; Évolution 2007-2008)</p> <p>Évolution 2008-2009 = (Différence entre effectifs 2008-2009 - effectifs 2007-2008 / effectifs 2007-2008) * 100</p> <p>Évolution 2007-2008 = (Différence entre les effectifs 2007-2008 - effectifs 2006-2007 / effectifs 2007-2008) * 100</p>	<p>Numérateur : R-22</p> <p>Précision sur le chemin :</p> <p>Inhalothérapeute : 2244 Audiologiste-orthophoniste : 1204 Audiologiste : 1254 Auxiliaire familiale et sociale : 2586,2588,3588 Orthophoniste : 1255 Diététiste – Nutritionniste : 1219 Ergothérapeute : 1230 Physiothérapeute : 1233 Psychologue : 1546 Travailleur social : 1550 Technologue médical : 2223 Technologue en radiodiagnostic : 2205 Technicien en éducation spécialisée : 2686 Pharmacien : 1320, 1321, 1322, 1323, 1324 Infirmières : 2471 Infirmières praticiennes spécialisée : 1915 Infirmière clinicienne : 1911 Infirmière auxiliaire : 3455 Préposé aux bénéficiaires :</p>

			3480 Préposé aux bénéficiaires certifié A : 3459 Dénominateur : R22 Effectifs en Pénurie année 1
Évolution des effectifs pour certains titres d'emploi en pénurie - Agrégé (personnel soignant: infirmier et cardio-respiratoire)	Cet indicateur mesure l'accroissement ou la réduction des effectifs en pénurie (personnel soignant: infirmier et cardio-respiratoire) du CSSS. Il permet d'apprécier la disponibilité de certaines professions en pénurie ainsi que les efforts du CSSS à recruter la main-d'œuvre requise pour répondre aux besoins de la population.	Différence des effectifs en pénurie (personnel soignant: infirmier et cardio-respiratoire) du CSSS, en poste au 31 mars entre les années 2 et 1 (faire pour 2008-2009 et 2007-2008 puis calculer la moyenne des évolutions des années 2008-2009 et 2007-2008 $\frac{\text{Effectifs totaux (personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires) du CSSS, au 31 mars de l'année 1}}{\text{Moyenne des 2 évolutions (Évolution 2008-2009; Évolution 2007-2008)}}$ Information complémentaire : Moyenne des 2 évolutions (Évolution 2008-2009; Évolution 2007-2008) Évolution 2008-2009 = (Différence entre effectifs 2008-2009 - effectifs 2007-2008/effectifs 2007-2008) * 100 Évolution 2007-2008 = (Différence entre les effectifs 2007-2008 - effectifs 2006-2007/effectifs 2007-2008) * 100	Numérateur : R-22 Précision sur le chemin : Type d'emploi : Catégorie 1 : Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires Dénominateur : R-22
Évolution des effectifs pour certains titres d'emploi en pénurie - Agrégé (Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux)	Cet indicateur mesure l'accroissement ou la réduction des effectifs en pénurie (techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux) du CSSS. Il permet	Différence des effectifs en pénurie (Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux) du CSSS, en poste au 31 mars entre les années 2 et 1 (faire pour 2008-2009 et 2007-2008 puis calculer la moyenne des évolutions des années 2008-2009 et 2007-2008 $\frac{\text{Effectifs totaux de techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux du CSSS, au 31 mars de l'année 1}}{\text{Moyenne des 2 évolutions (Évolution 2008-2009; Évolution 2007-2008)}}$ X 100	Numérateur : R-22 Précision sur le chemin : Type d'emploi : catégorie 4 Dénominateur : R-22

	<p>d'apprécier la disponibilité de certaines professions en pénurie ainsi que les efforts du CSSS à recruter la main-d'œuvre requise pour répondre aux besoins de la population.</p>	<p>Information complémentaire : Moyenne des 2 évolutions (Évolution 2008-2009; Évolution 2007-2008)</p> <p>Évolution 2008-2009 = (Différence entre effectifs 2008-2009 - effectifs 2007-2008 / effectifs 2007-2008) * 100</p> <p>Évolution 2007-2008 = (Différence entre les effectifs 2007-2008 - effectifs 2006-2007 / effectifs 2007-2008) * 100</p>	
--	--	---	--

Tableau XVII : Indicateurs de viabilité – Capacité de recrutement,

Nom et traceur (Capacité de rétention)	Définition	Méthode de calcul	Base de données / Précisions sur le numérateur et le dénominateur
Taux de rétention des employés (en nombre de personnes)	Cet indicateur mesure le nombre d'employés qui sont restés en poste à la fin de l'année financière (31 mars de l'année à l'étude). Il mesure la proportion des employés qui demeurent à l'emploi au cours de l'année l'étude.	$\frac{\text{Nombre d'employés (employés et cadres à temps complet régulier, à temps partiel régulier et à temps partiel occasionnel) encore en poste au 31 mars de l'année à l'étude}}{\text{Nombre d'employés (employés et cadres à temps complet régulier, à temps partiel régulier et à temps partiel occasionnel) au 31 mars de l'année à l'étude}} \times 100$	Numérateur : R-22 Précision sur le chemin : employé, en poste en fin de période = oui (?) Dénominateur : R-22 Précision sur le chemin : Employé

Tableau XVIII : Indicateurs de viabilité – Capacité de rétention

N.B. Les données des tableaux VIII à XVIII proviennent toutes du rapport technique de la performance des CSSS de l'IRSPUM et AQESSS (2011) [14].

Annexe 3 : Précision sur le numérateur du taux de chirurgies d'un jour

Tirée d'IRSPUM et AQESSS (2011)

Précision sur le numérateur du taux de chirurgies d'un jour par 1000 habitants (ajustée selon l'âge et le sexe)

Données tirées du fichier des hospitalisations MEDÉCHO (Univers des soins physiques de courte durée)

Les étapes suivantes ont été suivies par les chercheurs de l'IRSPUM et de l'AQESSS:

« **Étape 1** : Exclusion des hospitalisations en soins d'un jour (chirurgie d'un jour depuis 1995) et en soins de longue durée : Hospitalisations dont la variable TYPE DE SOINS est égale à 2, 3, 6 ou 27.

Étape 2 : Exclusion des hospitalisations en soins de longue durée dans des unités de courte durée : Hospitalisations dont au moins une des quatre variables suivantes : CODE DU MÉDECIN 1 du bloc SERVICE, CODE DU MÉDECIN 2 du bloc SERVICE, CODE DU MÉDECIN 3 du bloc SERVICE ou CODE DU MÉDECIN 4 du bloc SERVICE est égale à 3.

Étape 3 : Exclusion des hospitalisations de type hôpital à domicile : Hospitalisations dont au moins une des quatre variables suivantes : SERVICE1, SERVICE2, SERVICE3 ou SERVICE4 est égale à 52.

Étape 4 : Exclusion des hospitalisations des nouveau-nés en bonne santé : variable nouveau-né=1

Étape 5 : Exclusion des hospitalisations pour troubles mentaux : Diagnostic principal=F00 à F99

Étape 6 : Exclusion des centres hospitaliers dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation ou l'hébergement et les soins de longue durée : À partir de la liste annuelle des établissements selon leur vocation, exclusion des hospitalisations dont la variable CODE DE L'ÉTABLISSEMENT correspond à un centre hospitalier de soins psychiatriques (PSY), de soins de réadaptation (REA) ou de soins de longue durée (SLD) (APR-DRG Groupes 5 et 6).

Étape 7 : Exclusion des non-résidents québécois : Hospitalisations dont la variable CLSC DU BÉNÉFICIAIRE est égale à 99000. Source : Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006

Annexe 4 : Tableaux descriptifs de la répartition des indicateurs par catégorie de CSSS.

Variables d'utilisation	Indice de défavorisation matérielle et sociale					
	Nombre de CSSS par catégorie de la composante matérielle			Nombre de CSSS par catégorie de la composante sociale		
	C1	C2	C3	C1	C2	C3
Services médicaux						
Taux d'utilisation par 1000 habitants (omnipraticiens)	47	25	21	45	25	23
Taux d'utilisation par 1000 habitants (spécialistes)	46	25	22	44	26	23
Services CLSC						
Taux d'usagers différent global par 1000 habitants en CSSS	46	25	22	44	26	23
Taux de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC) par 1000 habitants de 65 ans et plus	46	25	22	44	26	23

Tableau 1 : Répartition des variables d'utilisation des services par catégorie de l'indice de défavorisation

Variables de comparaison (Services hospitaliers/Services médicaux)	Indice de défavorisation matérielle et sociale					
	Nombre de CSSS par catégorie de la composante matérielle			Nombre de CSSS par catégorie de la composante sociale		
	C1	C2	C3	C1	C2	C3
Santé mentale						
Ratio d'hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	47	25	21	45	25	23
Ratio d'hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	45	25	22	43	26	23
Santé physique						
Ratio d'hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	47	25	21	45	25	23
Ratio d'hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	46	25	22	44	26	13
Taux de chirurgie						
Taux de chirurgie d'un jour par 1000 par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	46	25	21	44	25	23
Taux de chirurgie d'un jour par rapport au taux	45	25	22	43	26	23

d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000						
---	--	--	--	--	--	--

Tableau 2 : Répartition des variables de comparaisons (Services hospitaliers/services médicaux) par catégorie de l'indice de défavorisation

Variables de ressources	Indice de défavorisation matérielle et sociale					
	Nombre de CSSS par catégorie de la composante matérielle			Nombre de CSSS par catégorie de la composante sociale		
	C1	C2	C3	C1	C2	C3
Capacité financière						
Coût per capita global CSSS	47	25	21	45	25	23
Coût total de fonctionnement du CSSS per capita ajusté pour la mobilité hospitalière inter-RLS	27	20	17	32	19	13
Capacité matérielle						
Santé physique : Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé physique	30	20	19	34	21	14
Santé mentale : Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé mentale	30	19	18	33	21	13
Longue durée : Taux de places en CHSLD par 1000 habitants de 65 ans et plus	47	25	22	45	26	23
Capacité humaine						

A) Personnel						
Taux de personnel (ETP) en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1) par 1000 habitants	47	25	22	45	26	23
Taux de personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2) en ETP par 1000 habitants	47	25	22	45	26	23
Taux de personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (catégorie 3) en ETP par 1000 habitants	46	25	21	44	25	23
Taux de personnel des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4) en ETP par 1000 habitants	47	25	22	45	26	23
B) Médecins						
Taux d'omnipraticiens (ETP) par 1000 habitants	47	25	21	45	25	23
Taux de spécialistes (ETP) par 1000 habitants	42	25	22	45	26	18
C) Pénurie						
Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire par les effectifs totaux et les heures travaillées par la main d'œuvre indépendante en fonction des heures totales travaillées (%).	46	25	23	46	26	22
Viabilité – Encadrement et administration						
Taux de dépenses en administration et en soutien aux services (%)	47	25	23	46	26	23
Taux d'encadrement (%)	47	25	23	46	26	23
Viabilité – Capacité de recrutement						
Évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (techniciens et	39	24	23	45	22	19

professionnels)						
Évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (personnel soignant)	46	25	23	46	25	23
Viabilité – Capacité de rétention						
Taux de rétention des employés en nombre	47	25	23	46	26	23

Tableau 3 : Répartition des variables de ressources par catégorie de l'indice de défavorisation

Annexe 5 : Tableaux de résultats des ANOVA

Description des tableaux de résultats

Dans les tableaux de résultats similaires à celui *des composantes matérielle et sociale* :

- La 1^{ère} colonne présente les variables dépendantes d'intérêt.
- La 2^{ème} colonne présente les taux moyens par catégorie de l'indice de défavorisation.
- La 3^{ème} colonne montre les résultats des ratios F des ANOVA.
- La 4^{ème} colonne présente les degrés de liberté.
- Et la 5^{ème} colonne présente le degré de signification du test d'ANOVA pour chacune des rangées de résultats.

Dans les tableaux de résultats similaires à celui *des comparaisons multiples* :

- La 1^{ère} colonne présente les variables dépendantes d'intérêt.
- La 2^{ème} colonne présente les catégories de l'indice de défavorisation entre lesquelles il y a une différence significative.
- La 3^{ème} colonne montre les tests post hoc appliqués ainsi que le seuil de signification.

Hypothèse #1 :

Composante matérielle						
Variables d'utilisation	Taux moyen par catégorie de l'indice de défavorisation			F	ddl	p
	C1	C2	C3			
Services médicaux						
Taux d'utilisation par 1000 habitants (omnipraticiens et spécialistes)	1.91194 6	1.9936 32	2.1918 05	8.950	(2;89)	.000
Taux d'utilisation par 1000 habitants (omnipraticiens)	.939388	1.0614 96	1.2996 71	22.217	(2;90)	.000
Taux d'utilisation par 1000 habitants (spécialistes)	.986485	.93166 7	.93615 1	1.154	(2;90)	.320
Services hospitaliers						
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 – Courte durée – Santé physique	81.1436	88.714 7	102.93 59	10.365	(2;91)	.000
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 – Courte durée – Santé mentale	5.5030	6.4251	7.8076	6.395	(2;91)	.003
Taux de chirurgie d'un jour par 1000 habitants	43.1946	49.496 6	49.208 0	4.152	(2;90)	.019
Services CLSC						
Taux d'usagers différent global par 1000 habitants en CSSS	296.648 970	390.36 1192	487.73 1069	36.500	(2;90)	.000
Taux de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC) par 1000 habitants de 65 ans et plus	152.434 392	168.47 7129	183.69 9733	5.955	(2;90)	.004

Tableau XIX : Liens entre les variables d'utilisation des services de santé et l'indice de défavorisation matérielle

Composante matérielle: comparaisons multiples				
Variables d'utilisation	Catégorie de l'indice favorisation			Test post hoc
	C1	C2	C3	
Services médicaux				
Taux d'utilisation par 1000 habitants (omnipraticiens)	C1 vs C2 * C1 vs C3 *** C2 vs C3 **			T2 Alpha (.05)
Taux d'utilisation par 1000 habitants (spécialistes)	N/A			N/A
Services hospitaliers				
Taux d'admission en hospitalisation par 1000 – Courte durée – Santé physique	C1 ≠ C3 * C2 ≠ C3 *			B Tukey (.05)
Taux d'admission en hospitalisation par 1000 – Courte durée – Santé mentale	C1 ≠ C3 *			B Tukey (.05)
Taux de chirurgie d'un jour par 1000 habitants	N/A			B Tukey (.05)
Services CLSC				
Taux d'usagers différent global par 1000 habitants en CSSS	C1 ≠ C2 * C1 ≠ C3 * C2 ≠ C3 *			B Tukey (.05)
Taux de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC) par 1000 habitants de 65 ans et plus	C1 ≠ C3 *			B Tukey (.05)

Tableau XX : Comparaisons multiples des liens entre les variables d'utilisation des services de santé et l'indice de défavorisation matérielle

Légende :

$p \leq .05$: *

$p \leq .01$: **

$p \leq .001$: ***

N/A : Aucune différence de moyenne ou aucun test post hoc.

Composante sociale						
Variables d'utilisation	Taux moyen par catégorie de l'indice de défavorisation			F	ddl	p
	C1	C2	C3			
Services médicaux						
Taux d'utilisation par 1000 habitants (omnipraticiens)	1.14920 5	1.0135 18	.90454 7	9.022	(2;90)	.000
Taux d'utilisation par 1000 habitants (spécialistes)	.913602	.94900 7	1.0605 49	6.573	(2;90)	.002
Services hospitaliers						
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 – Courte durée – Santé physique	94.7837	88.003 6	75.776 0	7.610	(2;91)	.001
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 – Courte durée – Santé mentale	6.7269	6.1128	5.6259	1.408	(2;91)	.250
Taux de chirurgie d'un jour par 1000 habitants	46.9416	49.803 0	41.158 1	4.462	(2;90)	.014
Services CLSC						
Taux d'usagers différent global par 1000 habitants en CSSS	410.799 866	371.13 3121	278.70 9160	11.998	(2;90)	.000
Taux de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC) par 1000 habitants de 65 ans et plus	174.367 046	153.31 4764	156.32 4803	3.300	(2;90)	.041

Tableau XXI : Liens entre les variables d'utilisation des services de santé et l'indice de défavorisation sociale

Composante sociale: comparaisons multiples				
Variables d'utilisation	Catégorie de l'indice de défavorisation			Test post hoc
	C1	C2	C3	
Services médicaux				
Taux d'utilisation par 1000 habitants (omnipraticiens)	C1 vs C3 *** C1 vs C2 * C2 vs C3 **			T2 Alpha (.05)
Taux d'utilisation par 1000 habitants (spécialistes)	C1 vs C3 *			B Tukey (.05)
Services hospitaliers				
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 – Courte durée – Santé physique	C1 vs C3 *** C2 vs C3 **			T2 Alpha (.05)
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 – Courte durée – Santé mentale	N/A			N/A
Taux de chirurgie d'un jour par 1000 habitants	C2 vs C3 *			B Tukey (.05)
Services CLSC				
Taux d'usagers différent global par 1000 habitants en CSSS	C1 vs C3 *** C2 vs C3 ***			T2 Alpha (.05)
Taux de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC) par 1000 habitants de 65 ans et plus	N/A			B Tukey (.05)

Tableau XXII : Comparaisons multiples des liens entre les variables d'utilisation des services de santé et l'indice de défavorisation sociale

Légende :

$p \leq .05$: *

$p \leq .01$: **

$p \leq .001$: ***

N/A : Aucune différence de moyenne ou aucun test post hoc.

Test de Levene		
Variables d'utilisation	Indice favorisation	
	Composante matérielle	Composante sociale
Services médicaux		
Taux d'utilisation par 1000 habitants (omnipraticiens)	(F= 3.158; p=.047)	(F=8.309; p=.000)
Taux d'utilisation par 1000 habitants (spécialistes)	N/A	(F=1.179; p=.312)
Services hospitaliers		
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 – Courte durée – Santé physique	(F=2.930; p=.058)	(F=10.192; p=.000)
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 – Courte durée – Santé mentale	(F=1.056; p=.352)	N/A
Taux de chirurgie d'un jour par 1000 habitants	(F=1.629; p=.202)	(F=1.892; p=.157)
Services CLSC		
Taux d'usagers différent global par 1000 habitants en CSSS	(F=1.025; p=.363)	(F=7.733; p=.001)
Taux de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC) par 1000 habitants de 65 ans et plus	(F=1.603; p=.207)	N/A

Tableau XXIII : Tests de Levene des liens entre les variables d'utilisation des services de santé et l'indice de défavorisation matérielle et sociale

Hypothèse #2 :

Composante matérielle						
Variables de comparaison	Taux moyen par catégorie de l'indice favorisation			F	ddl	p
	C1	C2	C3			
Santé mentale						
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	5.8282	6.0906	6.2475	.296	(2;90)	.745
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	5.4437	7.0822	8.6752	9.961	(2;89)	.000
Santé physique						
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	86.8952	84.8426	80.6439	1.244	(2;90)	.293
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	85.3882	97.1984	113.9887	6.183	(2;90)	.003
Taux de chirurgie						
Taux de chirurgie d'un jour par 1000 par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	47.7692	47.3163	39.8932	4.310	(2;89)	.016
Taux de chirurgie d'un jour par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	45.7571	53.9520	54.9253	4.445	(2;89)	.014

Tableau XXIV : Liens entre les variables de comparaison (santé mentale, santé physique, taux de chirurgie) et l'indice de défavorisation matérielle

Composante matérielle: comparaisons multiples				
Variables de comparaison	Catégorie de l'indice favorisation			Test post hoc
	C1	C2	C3	
Santé mentale				
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	N/A			N/A
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	C1 vs C3 **			T2 Alpha (.05)
Santé physique				
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	N/A			N/A
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	C1 ≠ C3 *			B Tukey (.05)
Taux de chirurgie				
Taux de chirurgie d'un jour par 1000 par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	C1 ≠ C3 * C2 ≠ C3 *			B Tukey (.05)
Taux de chirurgie d'un jour par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	C1 ≠ C2 * C1 ≠ C3 *			B Tukey (.05)

Tableau XXV : Comparaisons multiples des liens entre les variables de comparaison (santé mentale, santé physique, taux de chirurgie) et l'indice de défavorisation matérielle

Légende :

$p \leq .05$: *

$p \leq .01$: **

$p \leq .001$: ***

N/A : Aucune différence de moyenne ou aucun test post hoc.

Composante sociale						
Variables de comparaison	Nombre de CSSS par catégorie de l'indice favorisation			F	ddl	p
	C1	C2	C3			
Santé mentale						
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	5.9180	5.9381	6.2011	.136	(2;90)	.873
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	7.3515	6.5706	5.4751	2.867	(2;89)	.062
Santé physique						
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	84.4436	86.406 9	84.283 7	.160	(2;90)	.852
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	106.812 8	94.827 9	73.925 1	8.611	(2;90)	.000
Taux de chirurgie						
Taux de chirurgie d'un jour par 1000 par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	43.7357	49.712 4	45.690 1	2.441	(2;89)	.093
Taux de chirurgie d'un jour par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	53.5250	53.278 3	40.409 3	8.069	(2;89)	.001

Tableau XXVI : Liens entre les variables de comparaison (santé mentale, santé physique, taux de chirurgie) et l'indice de défavorisation sociale

Composante sociale: comparaisons multiples				
Variables de comparaison	Catégorie de l'indice favorisation			Test post hoc
	C1	C2	C3	
Santé mentale				
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	N/A			N/A
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	N/A			N/A
Santé physique				
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	N/A			N/A
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	C3 ≠ C1 * C3 ≠ C2 *			B Tukey (.05)
Taux de chirurgie				
Taux de chirurgie d'un jour par 1000 par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	N/A			N/A
Taux de chirurgie d'un jour par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	C1 ≠ C3 * C2 ≠ C3 *			B Tukey (.05)

Table XXVII : Comparaisons multiples des liens entre les variables de comparaison (santé mentale, santé physique, taux de chirurgie) et l'indice de défavorisation sociale

Légende :

$p \leq .05$: *

$p \leq .01$: **

$p \leq .001$: ***

N/A : Aucune différence de moyenne ou aucun test post hoc.

Test de Levene		
Variables de comparaison	Indice de favorisation	
	Composante matérielle	Composante sociale
Santé mentale		
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	N/A	N/A
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé mentale par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	(F= 5.473; p=.006)	N/A
Santé physique		
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	N/A	N/A
Taux d'admissions en hospitalisation par 1000 - CD - Santé physique par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	(F=1.046; p=.356)	(F=1.891; p=.157)
Taux de chirurgie		
Taux de chirurgie d'un jour par 1000 par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (omni) par 1000	(F=1.046; p=.356)	N/A
Taux de chirurgie d'un jour par rapport au taux d'utilisation des services médicaux (spéc) par 1000	(F=2.008; p=.140)	(F=.054; p=.948)

Tableau XXVIII : Tests de Levene des liens entre les variables de comparaison (santé mentale, santé physique, taux de chirurgie) et l'indice de défavorisation matérielle et sociale

Hypothèse #3 :

Composante matérielle						
Variables de ressources	Taux moyen par catégorie de l'indice favorisation			F	ddl	p
	C1	C2	C3			
Capacité financière						
Coût per capita global CSSS	1220.22 05	1590.0 053	2045.7 482	12.498	(2;90)	.000
Coût total de fonctionnement du CSSS per capita ajusté pour la mobilité hospitalière inter-RLS	1785.50 28	2731.7 765	3651.8 402	11.742	(2;61)	.000
Capacité matérielle						
Santé physique : Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé physique	1.96385 0	2.4088 57	2.5007 525	1.390	(2;66)	.256
Santé mentale : Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé mentale	.255407	.26650 9	.17501 4	.582	(2;64)	.562
Longue durée : Taux de places en CHSLD par 1000 habitants de 65 ans et plus	26.2160 34	29.144 382	37.082 823	6.587	(2;91)	.002
Capacité humaine						
A) Personnel						
Taux de personnel (ETP) en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1) par 1000 habitants	5.83704 8	8.0969 86	10.131 208	13.728	(2;91)	.000
Taux de personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2) en ETP par 1000 habitants	5.97590 7	7.7853 53	10.491 183	20.527	(2;91)	.000
Taux de personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (catégorie 3) en ETP par 1000 habitants	2.32115 0	3.0421 13	4.0672 00	16.336	(2;89)	.000
Taux de personnel des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4) en ETP par 1000 habitants	3.13336 5	4.3290 40	5.1177 24	13.129	(2;91)	.000
B) Médecins						
Taux d'omnipraticiens (ETP) par 1000 habitants	.942513	.98995 3	1.1591 72	3.607	(2;90)	.031
Taux de spécialistes (ETP) par 1000 habitants	.626776	.46734 0	.34594 9	3.313	(2;86)	.041
C) Pénurie						
Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire par les effectifs totaux et les heures travaillées par la main d'œuvre indépendante en fonction des heures totales travaillées (%).	7.04504 6	5.1814 99	4.5895 17	4.434	(2;91)	.015
Viabilité – Encadrement et administration						
Taux de dépenses en administration et en soutien aux services (%)	18.8906 97	19.446 901	21.695 637	3.898	(2;92)	.024
Taux d'encadrement (%)	20.0799 77	20.384 601	19.958 954	.043	(2;92)	.958
Viabilité – Capacité de recrutement						
Évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (techniciens et professionnels)	678.733 238	448.30 8170	239.98 2739	15.892	(2;83)	.000

Évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (personnel soignant)	451.601 2580	313.68 34841	153.17 54434	11.827	(2;91)	.000
Viabilité – Capacité de rétention						
Taux de rétention des employés en nombre	87.7171 32	89.477 317	89.170 348	4.216	(2;92)	.018

Tableau XXIX : Liens entre les variables de ressources et l'indice de défavorisation matérielle

Composante matérielle: comparaisons multiples				
Variables de ressources	Catégorie de l'indice favorisation			Test post hoc
	C1	C2	C3	
Capacité financière				
Coût per capita global CSSS	$C1 \neq C3^*$ $C2 \neq C3^*$			BTukey (.05)
Coût total de fonctionnement du CSSS per capita ajusté pour la mobilité hospitalière inter-RLS	$C1 \neq C2^*$ $C2 \neq C3^*$ $C1 \neq C3^*$			BTukey (.05)
Capacité matérielle				
Santé physique : Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé physique	N/A			N/A
Santé mentale : Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé mentale	N/A			N/A
Longue durée : Taux de places en CHSLD par 1000 habitants de 65 ans et plus	$C1 \neq C3^*$ $C2 \neq C3^*$			BTukey (.05)
Capacité humaine				
A) Personnel				
Taux de personnel (ETP) en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1) par 1000 habitants	$C1 \neq C2 \neq C3^*$			BTukey (.05)
Taux de personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2) en ETP par 1000 habitants	$C1 \neq C2 \neq C3^*$			BTukey (.05)
Taux de personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (catégorie 3) en ETP par 1000 habitants	$C1 \neq C2 \neq C3^*$			BTukey (.05)
Taux de personnel des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4) en ETP par 1000 habitants	$C1 \neq C3^*$ $C2 \neq C3^*$			BTukey (.05)
B) Médecins				
Taux d'omnipraticiens (ETP) par 1000 habitants	$C1 \neq C3^*$			BTukey (.05)
Taux de spécialistes (ETP) par 1000 habitants	$C1 \text{ vs } C3^*$			T2 Alpha (.05)
C) Pénurie				
Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire par les effectifs totaux et les heures travaillées par la main d'œuvre indépendante en fonction des heures totales travaillées (%).	$C1 \text{ vs } C3^{**}$			T2 Alpha (.05)
Viabilité – Encadrement et administration				
Taux de dépenses en administration et en soutien aux services (%)	$C1 \neq C3^*$			BTukey (.05)
Taux d'encadrement (%)	N/A			N/A
Viabilité – Capacité de recrutement				
Évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (techniciens et professionnels)	$C1 \text{ vs } C2^*$ $C1 \text{ vs } C3^{***}$ $C2 \text{ vs } C3^{**}$			T2 Alpha (.05)
Évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (personnel soignant)	$C1 \text{ vs } C3^{***}$ $C2 \text{ vs } C3^{**}$			T2 Alpha (.05)

Viabilité – Capacité de rétention		
Taux de rétention des employés en nombre	C1 ≠ C2 *	BTukey (.05)

Tableau XXX : Comparaisons multiples des liens entre les variables de ressources et l'indice de défavorisation matérielle

Légende :

$p \leq .05$: *

$p \leq .01$: **

$p \leq .001$: ***

N/A : Aucune différence de moyenne ou aucun test post hoc.

Composante sociale						
Variables de ressources	Taux moyen par catégorie de l'indice de favorisation			F	ddl	p
	C1	C2	C3			
Capacité financière						
Coût per capita global CSSS	1702.10 17	1530.7 434	1095.5 674	6.169	(2;90)	.003
Coût total de fonctionnement du CSSS per capita ajusté pour la mobilité hospitalière inter-RLS	3022.80 04	2349.9 440	1811.2 955	3.858	(2;61)	.026
Capacité matérielle						
Santé physique : Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé physique	2.29346 9	2.3944 47	1.8910 18	.745	(2;66)	.479
Santé mentale : Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé mentale	.238818	.24963 1	.21176 2	.070	(2;64)	.932
Longue durée : Taux de places en CHSLD par 1000 habitants de 65 ans et plus	31.0344 24	28.764 683	27.484 976	.702	(2;91)	.498
Capacité humaine						
A) Personnel						
Taux de personnel (ETP) en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1) par 1000 habitants	8.42056 6	7.8575 79	5.0621 74	7.512	(2;91)	.001
Taux de personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2) en ETP par 1000 habitants	8.11420 2	7.9031 61	5.8994 01	4.002	(2;91)	.022
Taux de personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (catégorie 3) en ETP par 1000 habitants	3.27113 6	3.0065 55	2.1366 54	6.011	(2;89)	.004
Taux de personnel des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4) en ETP par 1000 habitants	4.39063 2	4.0675 44	2.8151 96	7.002	(2;91)	.001
B) Médecins						
Taux d'omnipraticiens (ETP) par 1000 habitants	1.04150 4	.95211 3	.98778 4	.673	(2;90)	.513
Taux de spécialistes (ETP) par 1000 habitants	.391410	.58362 1	.71285 5	4.227	(2;86)	.018
C) Pénurie						
Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire par les effectifs totaux et les heures travaillées par la main d'œuvre indépendante en fonction des heures totales travaillées (%).	4.96527 9	5.0468 42	9.0703 53	12.909	(2;91)	.000
Viabilité – Encadrement et administration						
Taux de dépenses en administration et en soutien aux services (%)	20.8265 65	18.713 100	18.629 231	3.428	(2;92)	.037
Taux d'encadrement (%)	19.4433 13	21.843 295	19.570 078	1.942	(2;92)	.149
Viabilité – Capacité de recrutement						
Évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (techniciens et professionnels)	352.668 291	545.16 4859	783.46 8178	13.561	(2;83)	.000
Évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (personnel soignant)	230.056 9668	408.03 13640	493.71 19826	9.985	(2;91)	.000

Viabilité – Capacité de rétention						
Taux de rétention des employés en nombre	88.9701 96	88.222 819	88.005 818	1.112	(2;92)	.333

Tableau XXXI : Liens entre les variables de ressources et l'indice de défavorisation sociale

Composante sociale: comparaisons multiples				
Variables de ressources	Catégorie de l'indice favorisation			Test post hoc
	C1	C2	C3	
Capacité financière				
Coût per capita global CSSS	$C1 \neq C3^*$ $C2 \neq C3^*$			BTukey (.05)
Coût total de fonctionnement du CSSS per capita ajusté pour la mobilité hospitalière inter-RLS	$C1 \neq C3^*$			BTukey (.05)
Capacité matérielle				
Santé physique : Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé physique	N/A			N/A
Santé mentale : Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé mentale	N/A			N/A
Longue durée : Taux de places en CHSLD par 1000 habitants de 65 ans et plus	N/A			N/A
Capacité humaine				
A) Personnel				
Taux de personnel (ETP) en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1) par 1000 habitants	$C1 \neq C3^*$ $C2 \neq C3^*$			BTukey (.05)
Taux de personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2) en ETP par 1000 habitants	$C1 \neq C3^*$ $C2 \neq C3^*$			BTukey (.05)
Taux de personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (catégorie 3) en ETP par 1000 habitants	$C1 \neq C3^*$ $C2 \neq C3^*$			BTukey (.05)
Taux de personnel des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4) en ETP par 1000 habitants	$C1 \neq C3^*$ $C2 \neq C3^*$			BTukey (.05)
B) Médecins				
Taux d'omnipraticiens (ETP) par 1000 habitants	N/A			N/A
Taux de spécialistes (ETP) par 1000 habitants	$C1 \neq C3^*$			BTukey (.05)
C) Pénurie				
Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire par les effectifs totaux et les heures travaillées par la main d'œuvre indépendante en fonction des heures totales travaillées (%).	$C1$ vs $C3^{**}$ $C2$ vs $C3^{**}$			T2 Alpha (.05)
Viabilité – Encadrement et administration				
Taux de dépenses en administration et en soutien aux services (%)	N/A			BTukey (.05)
Taux d'encadrement (%)	N/A			N/A
Viabilité – Capacité de recrutement				
Évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (techniciens et professionnels)	$C1$ vs $C3^{***}$			T2 Alpha (.05)
Évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (personnel soignant)	$C1$ vs $C3^{***}$ $C1$ vs $C2^{**}$			T2 Alpha (.05)

Viabilité – Capacité de rétention		
Taux de rétention des employés en nombre	N/A	N/A

Tableau XXXII : Comparaisons multiples des liens entre les variables de ressources et l'indice de défavorisation sociale

Légende :

$p \leq .05$: *

$p \leq .01$: **

$p \leq .001$: ***

N/A : Aucune différence de moyenne ou aucun test post hoc.

Description des tableaux de résultats

Dans les tableaux de résultats du test de Levene :

- La 1^{ère} colonne présente les variables dépendantes d'intérêt.
- La 2^{ème} colonne présente les ratios F et le degré de signification pour chacune des composantes de l'indice de défavorisation.
- N/A signifie qu'aucun test de Levene n'a été appliqué.

Test de Levene		
Variables de ressources	Indice de favorisation	
	Composante matérielle	Composante sociale
Capacité financière		
Coût per capita global CSSS	(F=2.008; p=.723)	(F=1.906; p=.155)
Coût total de fonctionnement du CSSS per capita ajusté pour la mobilité hospitalière inter-RLS	(F=2.946; p=.060)	(F=1.448; p=.243)
Capacité matérielle		
Santé physique : Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé physique	N/A	N/A
Santé mentale : Taux de lits dressés par 1000 habitants en CHCD – santé mentale	N/A	N/A
Longue durée : Taux de places en CHSLD par 1000 habitants de 65 ans et plus	(F=1.872; p=.160)	N/A
Capacité humaine		
A) Personnel		
Taux de personnel (ETP) en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1) par 1000 habitants	(F=.737; p=.481)	(F=1.395; p=.253)
Taux de personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2) en ETP par 1000 habitants	(F=.421; p=.658)	(F=1.007; p=.369)
Taux de personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (catégorie 3) en ETP par 1000 habitants	(F=1.488; p=.231)	(F=.915; p=.404)
Taux de personnel des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4) en ETP par 1000 habitants	(F=.138; p=.871)	(F=1.393; p=.254)
B) Médecins		
Taux d'omnipraticiens (ETP) par 1000 habitants	(F= 2.238; p=.113)	N/A
Taux de spécialistes (ETP) par 1000 habitants	(F= 3.441; p=.037)	(F= .525 ; =.593)
C) Pénurie		
Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire par les effectifs totaux et les heures travaillées par la main d'œuvre indépendante en fonction des heures totales travaillées (%).	(F= 4.558; p=.013)	(F= 12.055; =.000)
Viabilité – Encadrement et administration		
Taux de dépenses en administration et en soutien aux services (%)	(F= .389; p=.679)	(F= 1.451; =.240)

Taux d'encadrement (%)	N/A	N/A
Viabilité – Capacité de recrutement		
Évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (techniciens et professionnels)	(F= 16.891; p=.000)	(F= 5.583; ==.005)
Évolution des effectifs pour certains types d'emplois en pénurie agrégé (personnel soignant)	(F= 11.021; p=.000)	(F= 5.583; ==.005)
Viabilité – Capacité de rétention		
Taux de rétention des employés en nombre	(F= 1.393; p=.254)	N/A

Tableau XXXIII : Tests de Levene des liens entre les variables de ressources et l'indice de défavorisation matérielle et sociale

