

L'ÉTAT QUÉBÉCOIS EN PERSPECTIVE

Le réseau de la santé et des services sociaux

L'Observatoire de l'administration publique, printemps 2012

TABLE DES MATIÈRES

1.	LA SITUATION ACTUELLE AU QUÉBEC.....	2
1.1	L'organisation du réseau en trois paliers.....	2
1.2	Les ressources institutionnelles : un aperçu	4
1.3	Comparaison interrégionale du nombre de médecins	6
2.	L'ÉVOLUTION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS	7
2.1	Le nombre d'établissements	7
2.2	Le nombre de lits autorisés et dressés.....	8
2.3	Le nombre de lits dressés et de places internes.....	9
	Bibliographie	10
	Annexe 1 : Les organismes gouvernementaux dont le rayonnement est national relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, 2011	11
	Annexe II : Les réseaux locaux de services	12

Le système de santé et de services sociaux du Québec¹ est intégré en une seule administration. Datant de 1971, cette organisation administrative de la santé et des services sociaux présente l'avantage de pouvoir répondre à l'ensemble des besoins sociosanitaires de la population du Québec. Il s'agit du plus important réseau de services publics au Québec. À elle seule, la main-d'œuvre de ce réseau représentait environ 6,2 % de la population active du Québec². Le système de santé et de services sociaux québécois est sous contrôle public. L'État définit le panier de services et en finance la production et le fonctionnement. Il fixe également les conditions d'accessibilité, en conformité avec la législation fédérale en la matière, dont la Loi canadienne sur la santé.

1. LA SITUATION ACTUELLE AU QUÉBEC

Le réseau de la santé et des services sociaux peut être présenté du point de vue de son organisation et du point de vue de l'infrastructure physique et humaine (fournisseurs de soins) qui le dessert.

1.1 L'organisation du réseau en trois paliers

Le réseau de la santé et des services sociaux est organisé selon un mode de gouvernance à trois paliers, initié depuis le début des années 1970 et institutionnalisé avec la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux (sanctionnée le 18 décembre 2003) et la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux (sanctionnée en janvier 2006). Ces trois paliers comprennent le palier central, le palier régional et le palier local.

►► Un palier central

Le palier central est constitué du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Celui-ci remplit des fonctions stratégiques d'allocation des ressources budgétaires et d'évaluation en matière de santé, de services sociaux et de santé publique. En 2011, 14 organismes gouvernementaux administratifs et consultatifs relevaient du ministre du MSSS³.

►► Un palier régional

Dans le domaine de la santé tout comme dans l'organisation territoriale de la province, la région administrative est devenue le cadre de référence de l'organisation territoriale des services publics. Les limites des régions sociosanitaires (RSS) du MSSS correspondent ainsi à celles des régions administratives, hormis quelques exceptions (le Nord-du-Québec, la région administrative du

¹ Pour le Québec, la plupart des données non référencées dans ce document proviennent de deux principales sources : ministère de la Santé et des Services sociaux, *Info – Sérhum*, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/statisti/pdf/INFO-serhum-aout%202008.pdf>, et *Info – Stats*, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/statisti/pdf/Info-STATS-2009.pdf>, dernière édition à jour.

² Pour plus de détails à propos de l'effectif du réseau de la santé et des services sociaux, consulter le document d'analyse et les données afférentes au réseau de la santé et des services sociaux de la section « L'effectif du secteur public » du site Internet L'État québécois en perspective. L'information relative aux dépenses du réseau de la santé et des services sociaux se trouve à la section « Les finances publiques – Les dépenses par mission » du même site Internet.

³ Voir l'annexe I pour plus de détails sur les organismes relevant du MSSS.

Nord-du-Québec est découpée en trois régions sociosanitaires, soit celles du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, et la région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec, qui n'a pas été scindée en deux régions à l'instar du découpage administratif opéré en 1997⁴).

L'érection du palier régional en agences est l'une des transformations majeures du système de santé québécois survenues au cours des dernières années, avec pour objectif l'amélioration de la santé de la population et l'intégration des services. Au total, 15 agences de la santé et des services sociaux, un conseil régional, un centre régional et une régie régionale structuraient le palier régional en 2011⁵.

Il s'agit d'une régionalisation administrative et non politique. Les agences constituent le relais du Ministère sur le territoire de la région sociosanitaire qu'elles couvrent. Si ces entités régionales sont responsables de la planification régionale, de la gestion des ressources ainsi que de l'allocation budgétaire aux établissements, et bien qu'elles fournissent des services régionaux de santé publique (surveillance de l'état de santé, promotion, prévention et protection), elles demeurent des instances du ministère. Le gouvernement nomme tous les administrateurs et les principaux dirigeants.

La régionalisation du système de santé au Québec semble, dès lors, correspondre à une forme de déconcentration renforcée par la présence de plusieurs institutions à vocation régionale et supra-régionale qui ne font pas partie d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) : les centres jeunesse, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et les centres hospitaliers universitaires.

►► Un palier local

Le palier local est l'instance de regroupement des établissements offrant des services directs à la population. En 2011, on comptait 283 établissements. Ce regroupement d'établissements a entraîné, au cours des années, un élargissement des missions assumées par ces derniers. Entre 1991 et 2010, la proportion d'établissements à mission unique est passée de 82 % à 53 %⁶. Parmi ces 283 établissements du réseau :

- 184 (soit 66 %) avaient un statut public, dont 98 sont des « instances locales » ou centres de santé et de services sociaux (CSSS, établissements nés de la fusion de centres locaux de services communautaires – CLSC –, de centres d'hébergement et de soins de longue durée – CHSLD – et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier);
- 99 établissements étaient privés, dont 84 sont des CHSLD à vocation unique.

Le palier local comprend un ensemble de ressources, dont les ressources institutionnelles constituées d'établissements et d'installations publics et privés, de lits et places autorisés au permis des établissements et les lits et places dressés.

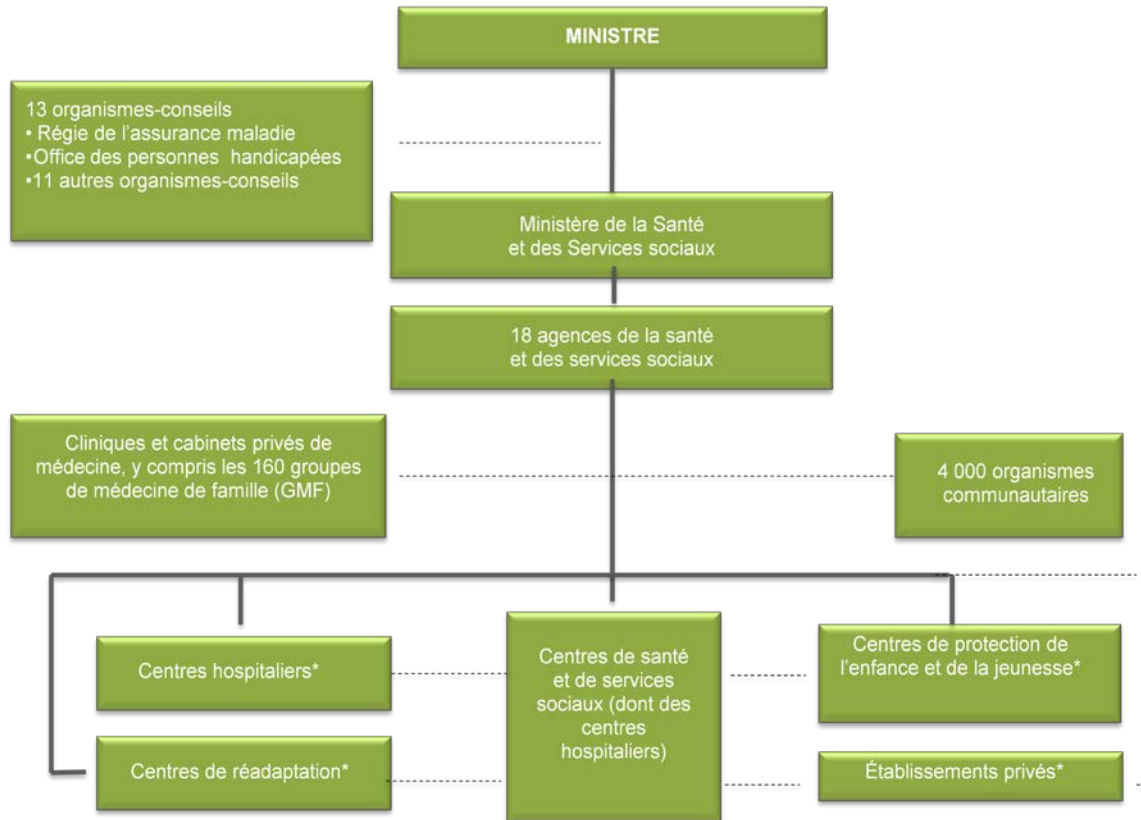
⁴ En 1997, la région administrative Mauricie-Bois-Francs a été scindée en deux régions administratives, celle de la Mauricie et celle du Centre-du-Québec.

⁵ Le schéma du réseau à la page suivante mentionne 18 agences, car les deux conseils régionaux et la régie régionale y sont inclus.

⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Info-Serhum juin-2010*, p. 9.

L'annexe II présente la structuration des ressources institutionnelles et non institutionnelles (CLSC, CHSLD, CHSGS, entre autres) en réseaux locaux de services. L'organigramme ci-après récapitule, quant à lui, la structure de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, les trois paliers considérés.

ORGANISATION DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



* Établissements ou organismes ne faisant pas partie d'un CSSS.
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

1.2 Les ressources institutionnelles : un aperçu

En 2011, les 283 établissements du réseau de santé et de services sociaux correspondaient à 1 721 installations (lieux physiques). Près de 20 % de ces installations étaient situées dans la région de Montréal (06). La catégorisation des établissements du réseau sociosanitaire québécois s'effectue par mission (au nombre de cinq), par classe et par type (structure « M.C.T. »). Les centres hospitaliers se divisent en deux classes alors que les centres de réadaptation se catégorisent en cinq classes dont l'une est subdivisée en trois types.

Catégorisation des établissements du réseau sociosanitaire québécois

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

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

Un nombre important de ressources complémentaires, privées, intermédiaires ou communautaires ainsi que des entreprises d'économie sociale s'ajoutent au réseau institutionnel comprenant, en 2010-2011⁷ :

- 1 934 cliniques d'omnipraticiens, dont 223 groupes de médecine familiale;
- 1 734 pharmacies communautaires;
- 2 225 ressources intermédiaires, dont des appartements supervisés, des résidences de groupes;
- 7 447 ressources de type familial;
- 2 164 résidences privées avec services pour personnes âgées;
- 3 605 organismes communautaires;

⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011), *Rapport annuel de gestion*, p. 8.

- 101 entreprises d'économie sociale en aide domestique, qui offrent des services à quelque 76 000 personnes bénéficiant du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique.

1.3 Comparaison interrégionale du nombre de médecins

Une des caractéristiques du système de santé québécois, mais qui ne lui est pas spécifique, est la répartition très inégale du nombre de médecins sur le territoire⁸. Par exemple, l'ensemble des territoires du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James a un nombre de médecins très supérieur à la moyenne québécoise, alors que les trois régions où sont localisés des centres universitaires (Montréal, Capitale-Nationale, Estrie) sont les trois seules où ce nombre est supérieur à la moyenne québécoise. Ceci découle de la hiérarchisation des services (voir annexe II), ce qui suppose entre autres le déplacement des patients habitant en périphérie et en région rurale vers les services spécialisés des centres universitaires.

LE NOMBRE DE MÉDECINS POUR 1000 HABITANTS, RÉGIONS SOCIOSANITAIRES DU QUÉBEC, 2008			
	Omnipraticiens	Spécialistes	Médecins
Bas-Saint-Laurent	1,35	0,99	2,33
Saguenay–Lac-Saint-Jean	1,08	0,82	1,89
Capitale-Nationale	1,28	1,66	2,94
Mauricie et Centre-du-Québec	0,96	0,74	1,70
Estrie	1,17	1,34	2,51
Montréal-Centre	1,04	1,95	2,99
Outaouais	0,92	0,62	1,54
Abitibi-Témiscamingue	1,33	0,95	2,28
Côte-Nord	1,63	0,75	2,38
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1,87	1,10	2,97
Chaudière-Appalaches	0,95	0,69	1,64
Laval	0,83	0,63	1,46
Lanaudière	0,81	0,57	1,38
Laurentides	0,87	0,49	1,36
Montérégie	0,87	0,62	1,49
Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James	2,84	0,30	3,15
Ratio moyen	1,03	1,10	2,13
Nombre total de médecins	7 872	8 457	16 329

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?accueil

⁸ Ceci donne une indication de la capacité de produire des services de santé. Cette indication est partielle et pourrait être complétée par d'autres, par exemple le nombre d'infirmières.

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

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

- la création en décembre 1970 d'un ministère des Affaires sociales s'occupant des services sociaux, de l'aide sociale et de la santé. Le concept de santé communautaire illustre l'intégration dans l'organisation administrative des dimensions préventive et curative. Cette intégration n'a toutefois été complète qu'entre 1970 et 1982, année où l'aide sociale a été prise en charge par un autre ministère, celui de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu, prédécesseur du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale;
- la mise en œuvre d'une politique d'accessibilité aux soins médicaux par l'instauration, en 1961, de l'assurance hospitalisation et l'accès universel à des services hospitaliers gratuits⁹ et la mise en place d'un programme universel et gratuit d'assurance maladie, en 1971. L'établissement d'un programme universel d'assurance médicaments, en 1997, finalise la politique québécoise d'accessibilité aux soins médicaux et hospitaliers.

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

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

L'évolution du réseau de la santé et des services sociaux est présentée en tenant compte du facteur numérique associé aux ressources institutionnelles et de l'évolution de ce facteur au fil du temps.

2.1 Le nombre d'établissements

Le nombre d'établissements entre 1990 et 2009 a été réduit de plus des deux tiers (-68 %) du fait, en grande partie, de fusions et de changements de vocation de certains établissements. Si elle a été le fruit d'un processus continu depuis près de 20 ans, cette diminution a été forte entre 2004 et 2008 (-35,8 %) en raison de la restructuration du réseau initiée en 2003 par le ministre libéral Philippe Couillard.

La diminution du nombre d'installations, lieux physiques de prestation de services, est moins marquée que celle du nombre d'établissements. Dans le contexte des compressions budgétaires de 1996-1997, justifiées par la recherche du déficit zéro, cette baisse s'explique en partie par l'annexion et le regroupement de certaines installations en fonction de leur mission afin de mieux

⁹ Le Québec a été la dernière province à mettre en place une telle politique.

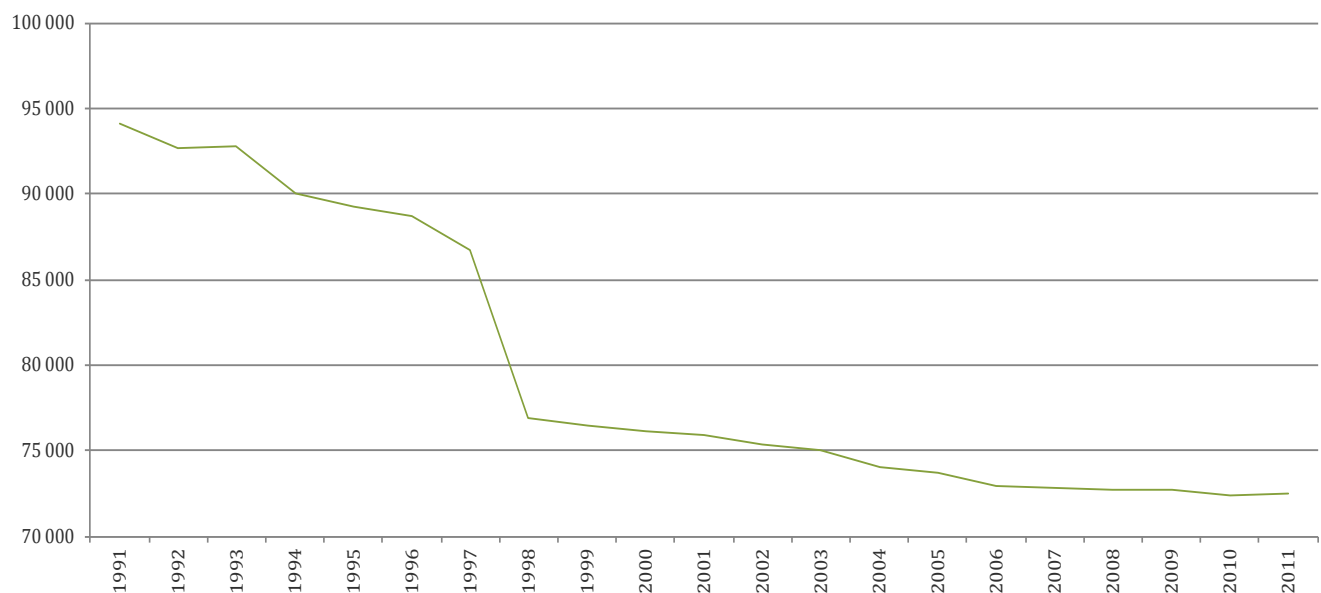
répondre aux exigences du virage ambulatoire des années 1990 et de la réorganisation des services en trois lignes de services (générale, spécialisée et superspécialisée)¹⁰.

2.2 Le nombre de lits autorisés et dressés

Le nombre de lits autorisés et dressés entre 1991 et 2011 est en nette diminution¹¹. Il s'agit d'une évolution liée aux coupes budgétaires, notamment à celles de 1996-1997. Ces compressions ont particulièrement touché les établissements généraux et spécialisés, dont le ratio nombre de lits pour 1000 personnes est passé, entre 1991 et 2011, de 4,15 à 2,59 (pour les soins généraux et spécialisés) et de 7,48 à 6,04 (pour les lits d'hébergement et de soins de longue durée)¹².

Entre 1997 et 1998, on constate une nette diminution du nombre de lits et de places (10 000 environ), diminution consécutive à la mise en place du virage ambulatoire. C'est en 1997-1998 que s'est matérialisée la volonté du gouvernement de fusionner ou de fermer certains établissements avec une cible de deux lits pour 1 000 habitants. Le graphique ci-après illustre cette évolution.

L'évolution du nombre de lits et places publics et privés, de 1991 à 2011



Les données statistiques qui précèdent ne tiennent toutefois pas compte de l'affectation (soins généraux et spécialisés, soins psychiatriques, hébergement et soins de longue durée, entre autres)

¹⁰ Voir l'annexe II.

¹¹ Le nombre de lits autorisés est déterminé par les permis d'exploitation émis tous les trois ans par le MSSS à l'intention des établissements de santé.

¹² Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Info-Établissements – Bulletin - Statistiques sur les ressources institutionnelles – RSS – Québec - 1991-2011*, p.22

et de l'occupation réelle des lits. Le tableau de la section 2.3 indique le nombre de lits et de places dressés ainsi que leur évolution sur la même période.

2.3 Le nombre de lits dressés et de places internes

Le nombre de lits dressés est un indicateur qui permet d'apprécier la capacité du système socio-sanitaire. S'il n'est pas un indicateur de l'occupation réelle des installations, il aide à tout le moins à déterminer le taux d'occupation, compris comme le rapport entre le nombre de jours-présence réel et le nombre de jours-présence théorique, ce dernier correspondant au nombre de lits dressés ou de places internes multiplié par 365. Au 31 mars 2011, le taux d'occupation des lits dressés en unités de services « SSPG » (soins de santé physique et de gériatrie) et « SPCD » (soins physiques de courte durée) était d'un peu moins de 84 %, alors qu'il se situait à près 97 % en unités de services « HSLD » (hébergement et soins de longue durée)¹³. Le décalage entre le nombre de lits autorisés et le nombre de lits dressés peut s'expliquer par :

- le manque de places, publiques et privées, en HSLD qui a une incidence sur la proportion des lits autorisés des centres hospitaliers;
- l'insuffisance des ressources financières, humaines et matérielles qui empêche de dresser la totalité des lits autorisés.

LE NOMBRE DE LITS DRESSÉS ET DE PLACES INTERNES SELON L'UNITÉ DE SERVICES, AU 31 MARS, DE 1991 À 2011*

	Unité de services		
	HSLD	SSPG (1)	SPCD
1991	46 164	23 612	21 899
1992	46 145	23 547	21 603
1993	45 970	23 381	21 603
1994	45 262	23 044	21 820
1995	45 542	22 178	21 122
1996	45 155	20 211	19 217
1997	44 118	17 216	16 341
1998	42 478	16 390	15 742
1999	42 199	16 163	15 396
2000	42 555	16 146	15 386
2001	41 938	16 082	15 097
2002	41 777	15 715	14 781
2003	41 602	15 618	14 737
2004	41 687	15 785	14 885
2005	41 467	15 815	14 946
2006	41 470	15 798	14 909
2007	41 211	15 705	14 745
2008	40 652	15 709	14 724
2009	40 181	15 727	14 829

¹³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Service de développement de l'information*, [en ligne], http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=90.113.0.0.1.0.

2010	40 195	15 843	14 908
2011	45 815	n. d.	n. d.

* Ce tableau ne présente que l'évolution du nombre de lits et de places des trois principales unités de services du réseau sociosanitaire du Québec, du fait notamment de l'importance numérique de leurs installations.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?accueil et Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Info-stats*

BIBLIOGRAPHIE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2001). *Le système de santé et de services sociaux du Québec : une image chiffrée*, [en ligne],

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-710F.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Info-Sérhum*, section « Statistiques », [en ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/statisti/pdf/INFO-serhum-aout%202008.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2009). *Info-Stats*, section « Statistiques », [en ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/statisti/pdf/Info-STATS-2009.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2011). *Info-Établissements – Bulletin - Statistiques sur les ressources institutionnelles – RSS – Québec – 1991-2011*, [en ligne], <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=AAMD0g7o8j8=>

TREFF, K. et D. B. PERRY (2005). *Finances of the Nation*, Toronto, Canadian Tax Foundation.

SANTÉ CANADA (2008). *Loi canadienne sur la santé : rapport annuel 2007-2008*, Ottawa, Santé Canada.

STATISTIQUE CANADA (2007). *Régions sociosanitaires : limites et correspondance avec la géographie du recensement 2007*, [en ligne],

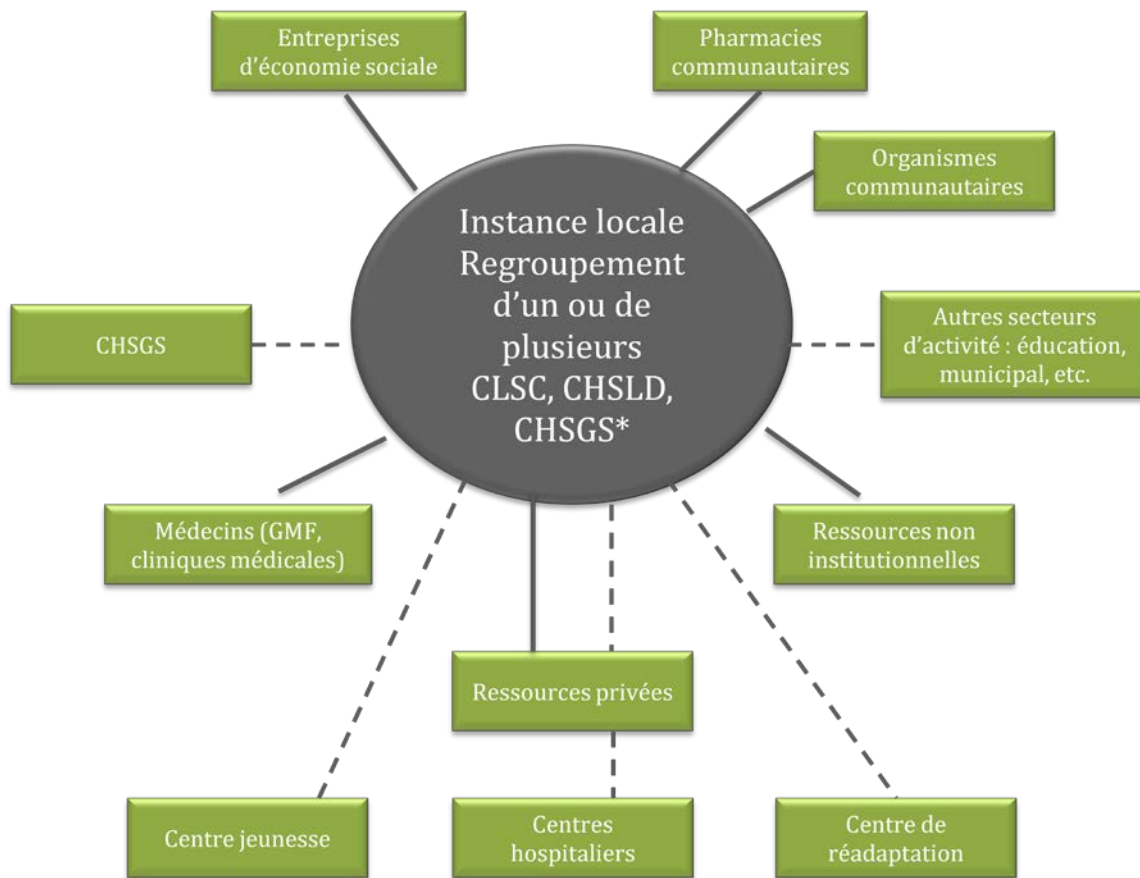
<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-402-x/82-402-x2007001-fra.pdf>

ANNEXE I : LES ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX DONT LE RAYONNEMENT EST NATIONAL RELEVANT DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2011

- Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal;
- Comité central d'éthique de la recherche;
- Comité d'hémovigilance;
- Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles;
- Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;
- Commissaire à la santé et au bien-être;
- Conseil du médicament;
- Corporation d'hébergement du Québec;
- Corporation d'urgences-santé (Urgences-santé);
- Héma-Québec;
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux;
- Institut national de santé publique du Québec;
- Office des personnes handicapées du Québec;
- Régie de l'assurance maladie du Québec.

ANNEXE II : LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

►► Les acteurs



* Une instance locale pourrait ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'une telle structure de services sur son territoire ou de la complexité d'intégrer ou de regrouper les services offerts par ce type d'établissement.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008), Le système de santé et de services sociaux au Québec, p. 5.

Légende : CHSGS : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés; CHSLD : centre hospitalier de soins de longue durée; CLSC : centre local de services communautaires; GMF : groupe de médecine familiale.

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

►► La hiérarchisation des services

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

deuxième et la troisième ligne qui fournissent respectivement des services curatifs spécialisés et surspécialisés.

►► Les services primaires de soins de santé

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

►► Les services curatifs de soins de santé

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

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

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

Diffusion autorisée par Les publications du Québec.

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada, 2012

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

© L'Observatoire de l'administration publique-ENAP, 2012