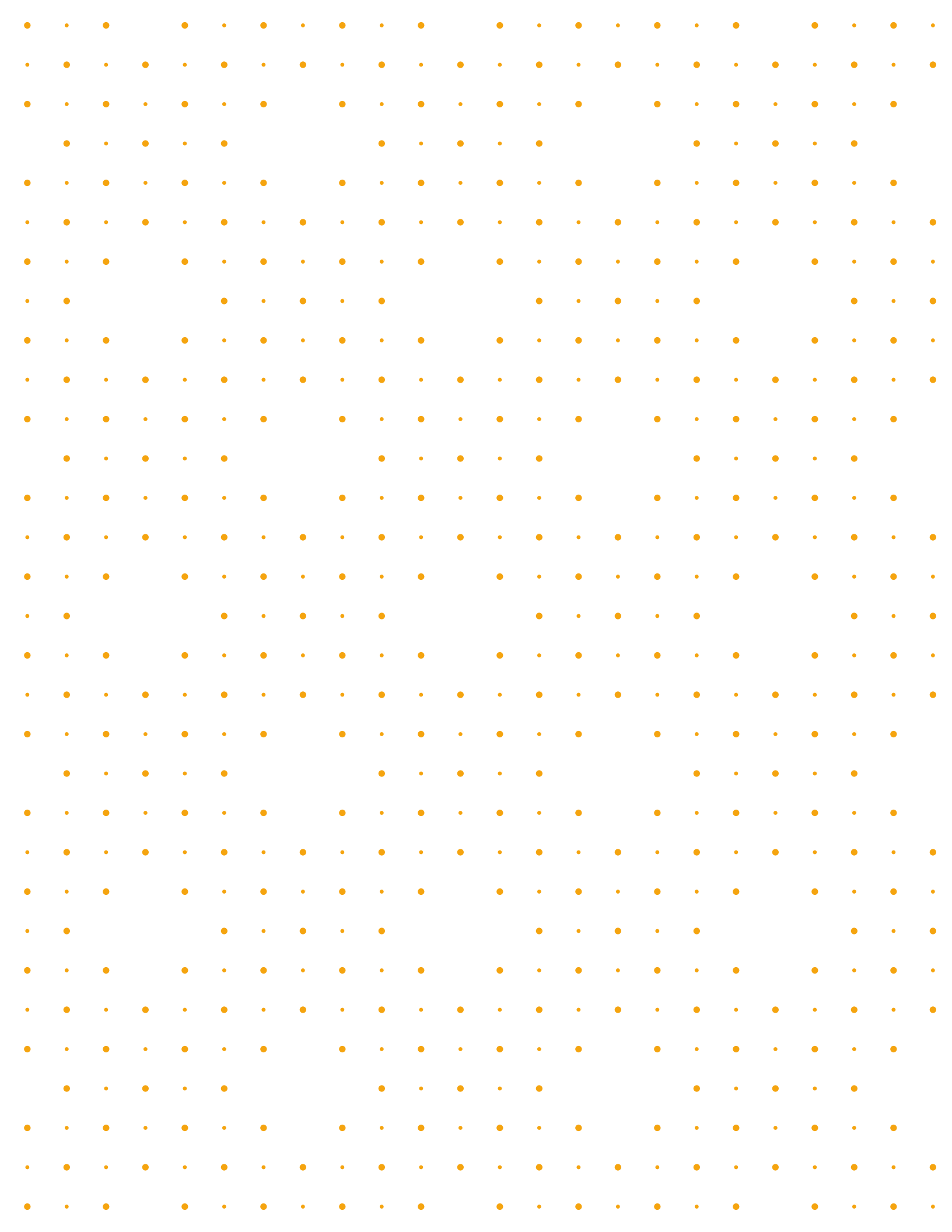


COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE
LA PERFORMANCE DU SYSTÈME
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
QUÉBÉCOIS 2016



COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016

Réalisation

Commissaire
à la santé
et au bien-être

Québec 

Édition

Commissaire à la santé et au bien-être
1020, route de l'Église
7^e étage, bureau 700
Québec (Québec) G1V 3V9
Courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Concept de la page couverture

Côté Fleuve

Infographie

Samarkand

Le présent document est disponible dans la section *Publications* du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Gouvernement du Québec, 2017

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017.

ISBN : 978-2-550-77597-3 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-77598-0 (PDF)

Remerciements

La production de ce rapport résulte de la participation de plusieurs collaborateurs. Nous tenons à souligner l'importance de la contribution de M. François Champagne et de M. André-Pierre Contandriopoulos, tous deux chercheurs à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, pour leur apport substantiel à notre démarche et leur soutien scientifique.

Nous soulignons également la contribution particulière de M^{me} Geneviève Ste-Marie pour la coordination de l'ensemble de la démarche d'élaboration de ce rapport. Nous tenons aussi à remercier M^{me} Élise Chartrand, M^{me} Diane Crevier et M^{me} Marie-Pierre Moreault pour leur contribution à la recherche, à l'analyse et à la rédaction de ce rapport.

Nous remercions finalement les organismes qui ont facilité l'accès aux données utilisées dans ce rapport et toutes les personnes qui y ont contribué d'une façon ou d'une autre.

Table des matières

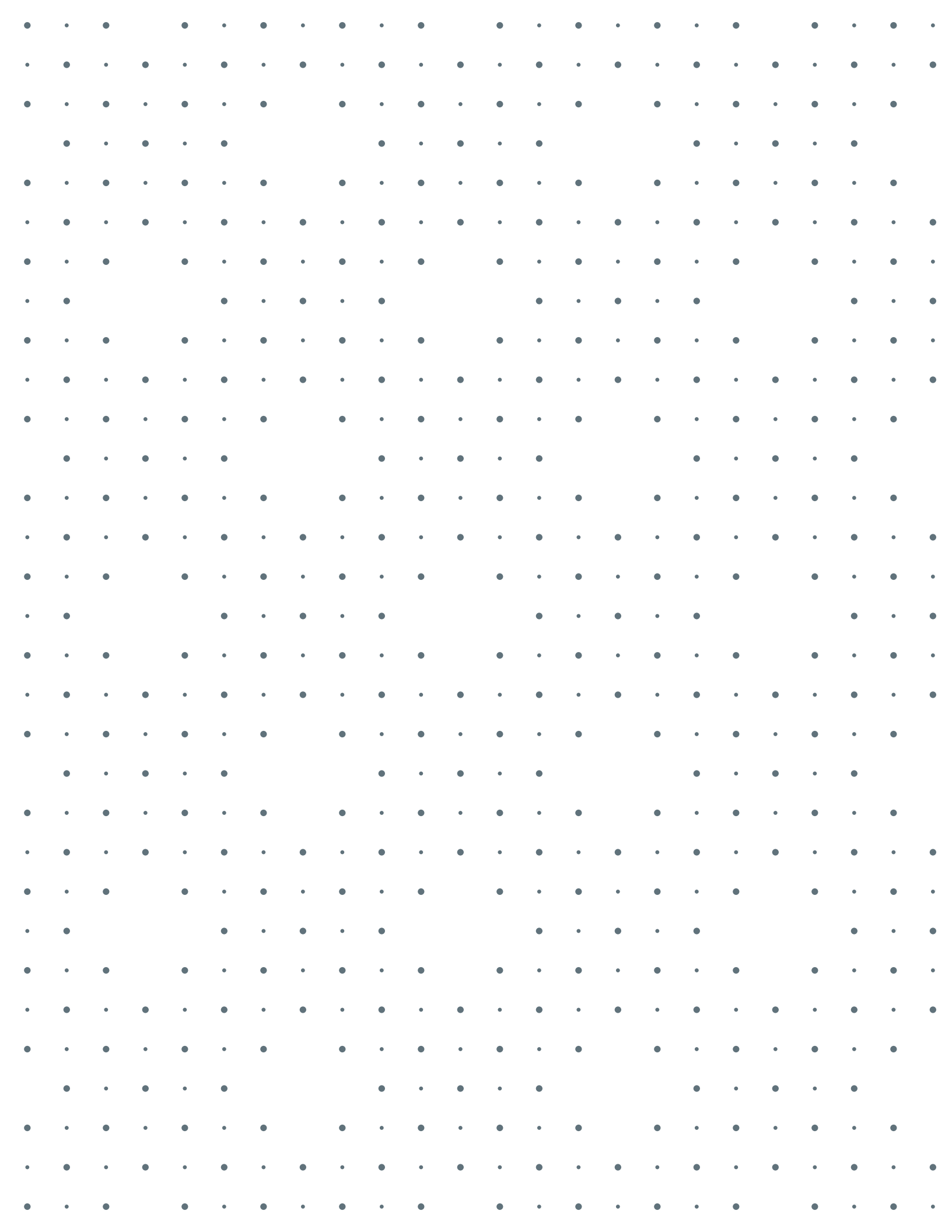
Liste des figures	IV
Liste des tableaux	IV
Mot de la commissaire	VII
Introduction	4
Approche retenue	8
Les dimensions de la performance présentées dans ce rapport et les questions associées	9
La construction du jugement de performance	10
Le modèle de présentation des résultats	12
Les limites de l'approche	13
Fiches de performance du système de santé et de services sociaux québécois	14
Fiche 1 : Les Québécoises et les Québécois ont-ils accès aux soins et services lorsqu'ils en ont besoin ?	
Accessibilité organisationnelle	16
Accessibilité financière	18
Utilisation des services	20
Fiche 2 : Les soins médicaux offerts à la population sont-ils bons ?	22
Fiche 3 : Les Québécoises et les Québécois sont-ils traités avec respect et impliqués dans les choix concernant leurs soins ?	24
Fiche 4 : Le suivi des patients est-il adéquat ?	26
Fiche 5 : Le système offre-t-il une gamme appropriée de soins et services ?	28
Fiche 6 : Les soins et services produisent-ils les résultats escomptés ?	
Résultats directement associés aux soins et services	30
Santé de la population	32
Fiche 7 : Les Québécoises et les Québécois sont-ils traités de manière équitable quel que soit leur revenu ?	34
Bilan de performance et pistes de réflexion	38
Les dépenses en santé	39
Le niveau de dépenses en santé	39
La répartition des dépenses	41
Les ressources humaines et matérielles en santé et services sociaux	42
Le personnel infirmier	42
Les médecins	43
Les ressources matérielles	46
L'organisation et la production de soins et de services	47
La productivité à l'hôpital	47
Le coût des services médicaux	48
L'utilisation des technologies de l'information et de la télécommunication (TIC) dans les soins et les services	50
Conclusion	54
Médiagraphie	58

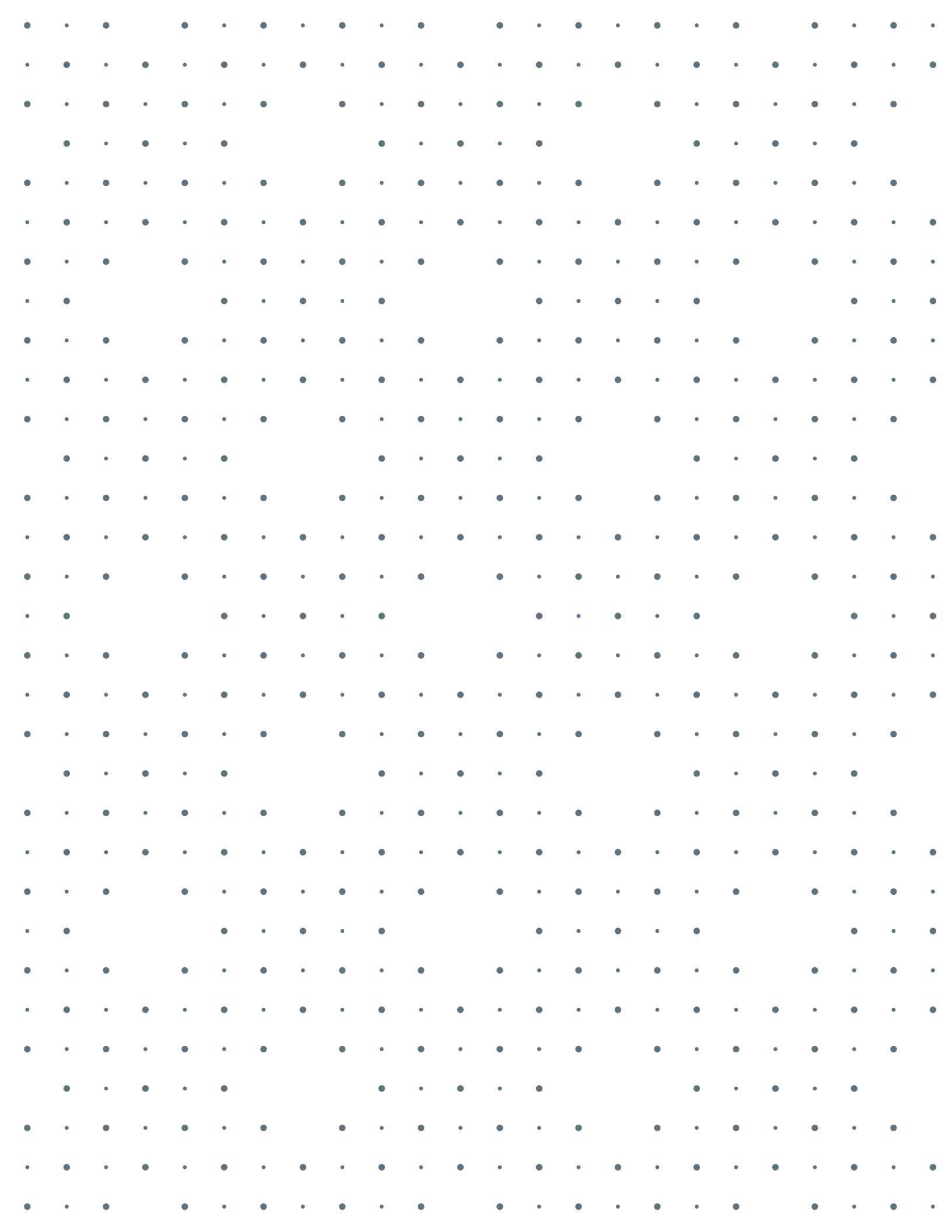
Liste des figures

FIGURE 1	
Cadre d'analyse de la performance	8
FIGURE 2	
Évolution des dépenses en % du PIB entre 2010 et 2015	39
FIGURE 3	
Dépenses de santé par habitant dans les provinces canadiennes en dollars canadiens ajustées au coût de la vie (2015)	40
FIGURE 4	
Nombre d'infirmières ou d'infirmiers par 1 000 habitants (2014)	42
FIGURE 5	
Nombre de médecins par 1 000 habitants (2015)	43
FIGURE 6	
Cadres ou salariés dans les établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux (31 mars 2015)	44
FIGURE 7	
Évolution de l'effectif du réseau entre 2010 et 2015	45
FIGURE 8	
Nombre de lits d'hôpitaux de courte durée par 1 000 habitants (2013-2014)	46
FIGURE 9	
Évolution du coût d'un séjour standard à l'hôpital entre 2010 et 2015	47
FIGURE 10	
Évolution du coût par service des médecins de famille entre 2010 et 2015	48
FIGURE 11	
Évolution du coût par service des médecins en spécialité médicale entre 2010 et 2015	49

Liste des tableaux

TABLEAU 1	
Résultat global pour chacun des éléments étudiés	38
TABLEAU 2	
Répartition des dépenses de santé (1975 et 2015)	41
TABLEAU 3	
Utilisation des technologies informatiques par les médecins (2015)	50





Mot de la commissaire

Au Québec comme dans tous les pays de l'OCDE, les dépenses en santé sont en constante augmentation. Cette situation constitue un réel défi à la capacité des gouvernements d'offrir à leur population des soins de qualité à un coût abordable. Dans un tel contexte, l'évaluation de la performance prend une importance particulière. Non seulement elle apporte un éclairage sur le fonctionnement du système de santé et de services sociaux, mais elle soutient également une prise de décisions éclairées par des données solides.

Lorsque consultés à ce sujet, les Québécoises et les Québécois expriment leur attachement au système public de santé et de services sociaux. Ils sont toutefois préoccupés par sa pérennité et souhaitent participer à son amélioration. Pour ce faire, ils doivent détenir une bonne connaissance et une juste compréhension des enjeux qui le concerne, que seule une information en continu, accessible et non partisane, peut procurer.

Ce rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux est le fruit d'une collaboration étroite entre le Commissaire à la santé et au bien-être et l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal dans le cadre d'un projet de recherche financé par les Instituts de recherche en santé du Canada. Ce projet vise, notamment, à développer des façons nouvelles de communiquer de l'information au sujet de la performance du système afin qu'elle soit davantage compréhensible par un plus large public. Ceci cadre tout à fait avec nos engagements inscrits dans notre plan stratégique.

À cet effet, pour l'édition 2016 de ce rapport, nous avons voulu livrer un document à la portée de tous et fondamentalement empreint des préoccupations et des intérêts exprimés par la population québécoise. Toutefois, l'ensemble des informations véhiculées dans le rapport sont basées sur la méthode habituelle utilisée par le Commissaire. Nos lecteurs coutumiers peuvent se référer au document *Approche et résultats détaillés* dans lequel sont présentés l'ensemble des résultats.

Nous exposons donc dans ce rapport les résultats atteints par notre système public de santé et de services sociaux. Avec rigueur et minutie, nous avons scruté chacun des nombreux indicateurs liés aux différents aspects de la performance afin de mettre en lumière, avec le plus d'exactitude possible,

les éléments qui fonctionnent bien et ceux qui fonctionnent moins bien, et d'indiquer des pistes explicatives. Mais qui dit performance évoque nécessairement l'obligation de se comparer aux meilleurs, qu'ils soient canadiens ou internationaux. Cette façon de faire est devenue, au fil du temps, un gage incontournable de notre volonté à contribuer de manière efficace et transparente à l'amélioration de la santé et du bien-être de tous.

Tout ceci a donné naissance à une publication complètement revisitée, construite autour de grandes questions inspirées de propos exprimés dans le cadre de diverses consultations auprès de citoyens, ainsi que par les membres de notre Forum de consultation. Je tiens à les remercier chaleureusement pour leur précieuse contribution qui a guidé l'orientation de ce rapport.

De manière générale, les résultats contenus dans ce rapport nous indiquent que nous pouvons être fiers de notre système qui figure parmi les meilleurs à bien des égards. Toutefois, certains aspects demeurent très problématiques, malgré les efforts consentis et les changements apportés sur plusieurs plans. C'est pourquoi il est crucial de poursuivre l'évaluation des résultats atteints et de continuer à s'y attarder avec acharnement, discernement et transparence.

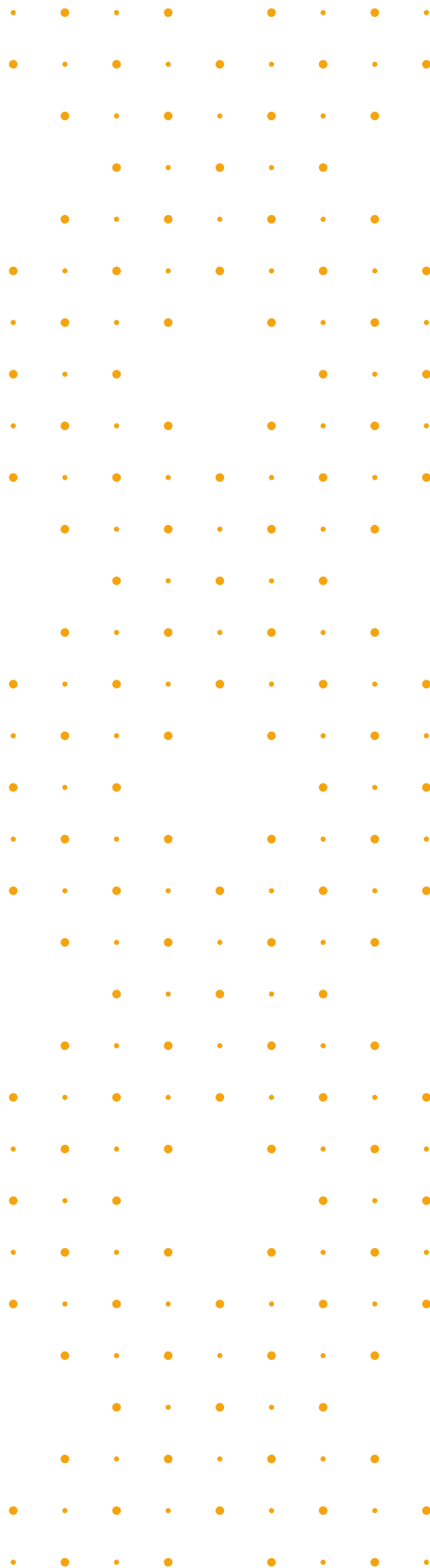
J'espère que ce rapport saura répondre aux attentes en offrant une information mieux adaptée et susceptible d'alimenter le débat public de manière encore plus éclairée.

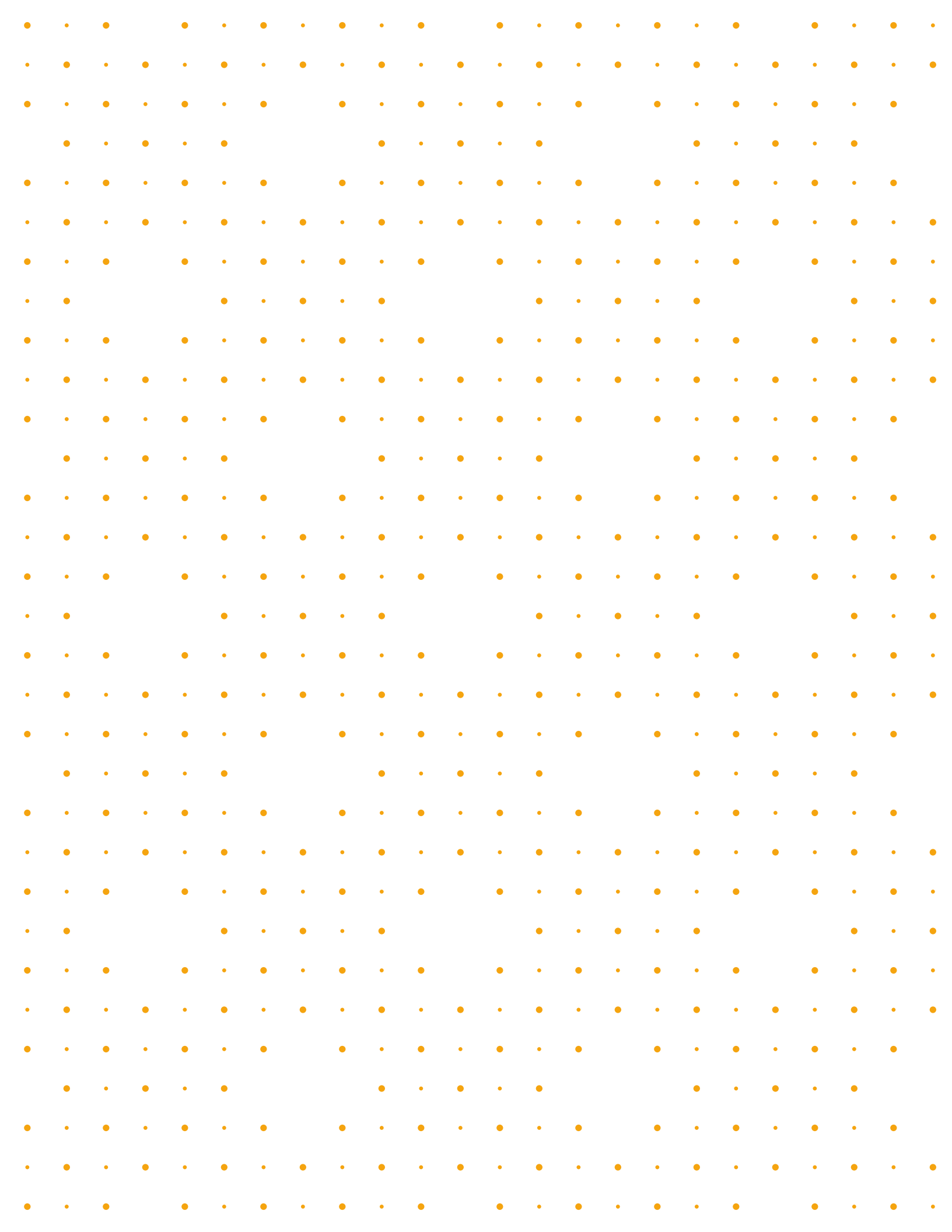
La commissaire à la santé et au bien-être par intérim,



ANNE ROBITAILLE

Rapport sur la performance du système de santé et de services sociaux





Rapport sur la performance du système de santé et de services sociaux

Le Commissaire à la santé et au bien-être a pour mandat d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux québécois.

À cette fin, il produit chaque année un certain nombre de rapports qui abordent la performance sous des angles variés.

Le présent rapport porte sur la performance globale du système public de santé et de services sociaux.

Il est basé sur l'analyse d'un ensemble de 294 indicateurs qui permet de documenter différentes dimensions de la performance et d'en dégager des constats.

Au fil des années, les rapports du Commissaire ont permis de constater que le système de santé et de services sociaux présente des résultats favorables pour plusieurs dimensions de la performance. C'est le cas, par exemple, de la qualité des soins offerts. Mais de façon récurrente, ces rapports ont aussi mis en évidence des défis cruciaux à relever, comme l'accessibilité et la continuité des soins et services qui demeurent très difficiles.

Souhaitant informer plus directement la population et soutenir sa compréhension des enjeux actuels du domaine de la santé et des services sociaux, le Commissaire a choisi de présenter différemment son analyse globale pour 2016. Les résultats de performance sont ainsi présentés de manière succincte, sous la forme de questions-réponses d'intérêt pour les citoyennes et les citoyens du Québec et de fiches thématiques.

Faciliter une meilleure compréhension des enjeux, basée sur une information rigoureuse et non partisane, apparaissait essentiel au Commissaire pour trois raisons. D'abord, nos travaux récents sur le panier de services assurés ont confirmé à quel point les Québécoises et les Québécois, s'ils sont fiers de leur système public, en déplorent plusieurs lacunes. Ils s'intéressent grandement à ce qui s'y passe et désirent avoir accès à une information la plus juste et claire possible. Ensuite, la satisfaction de la population à l'égard du fonctionnement du système a eu tendance à se dégrader au cours des dernières années, alors que des données d'enquêtes internationales récentes montrent qu'au Québec, moins du quart des adultes pensent que notre système de santé fonctionne assez bien (CSBE, 2017c). Finalement, le réseau public vit encore les effets d'un profond changement de structure introduit par la réforme de 2015.

Ce rapport du Commissaire présente des résultats préliminaires faisant suite à cette réforme. Il est aussi fort probable qu'il s'agisse du dernier rapport d'appréciation produit par l'organisation, dont la cessation des activités a été annoncée. Il nous semblait donc d'autant plus pertinent de le produire afin qu'il puisse constituer une mesure de base pour que l'évaluation de la performance du système de santé et de services sociaux puisse se poursuivre. En effet, se mesurer et se comparer aux plus performants permet de s'améliorer, lorsque ces mesures sont basées sur une analyse continue, rigoureuse et transparente.

L'appréciation de la performance d'un système aussi vaste et complexe que celui de la santé et des services sociaux est un exercice délicat qui doit être fait avec la plus grande rigueur. C'est pourquoi le Commissaire a voulu, dès ses tout premiers travaux, utiliser un cadre analytique éprouvé.

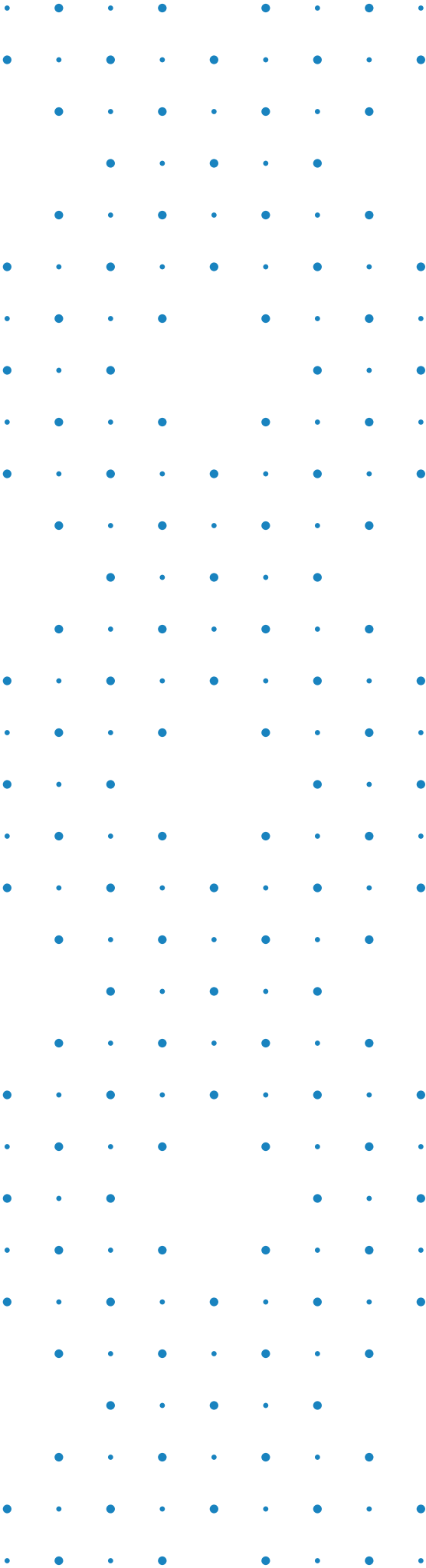
Ce cadre analytique, le modèle d'évaluation globale et intégrée des systèmes de santé (modèle EGIPSS), permet de donner sens à la somme d'informations disponibles. En collaboration avec une équipe de chercheurs de l'Université de Montréal, nous avons fait évoluer ce modèle au fil des ans, afin qu'il fournisse l'éclairage le plus juste possible de la performance du système lui-même. Sur la base de comparaisons entre les résultats obtenus par le Québec et ceux observés dans les pays ou provinces les plus performants, chacun des éléments est évalué, dans la mesure du possible. En effet, il faut mentionner que cette appréciation est tributaire de la disponibilité de données comparables dans d'autres provinces ou pays. C'est pourquoi, malheureusement, il y a peu d'information sur les services sociaux, par exemple, puisque très peu de données sont disponibles ailleurs sur ces questions. Ce manque d'information limite donc grandement la possibilité d'en apprécier la performance. Les analyses du présent rapport portent donc essentiellement sur des composantes du système de santé comme tel et encore plus spécifiquement sur ce qui se passe à l'hôpital et chez le médecin de famille.

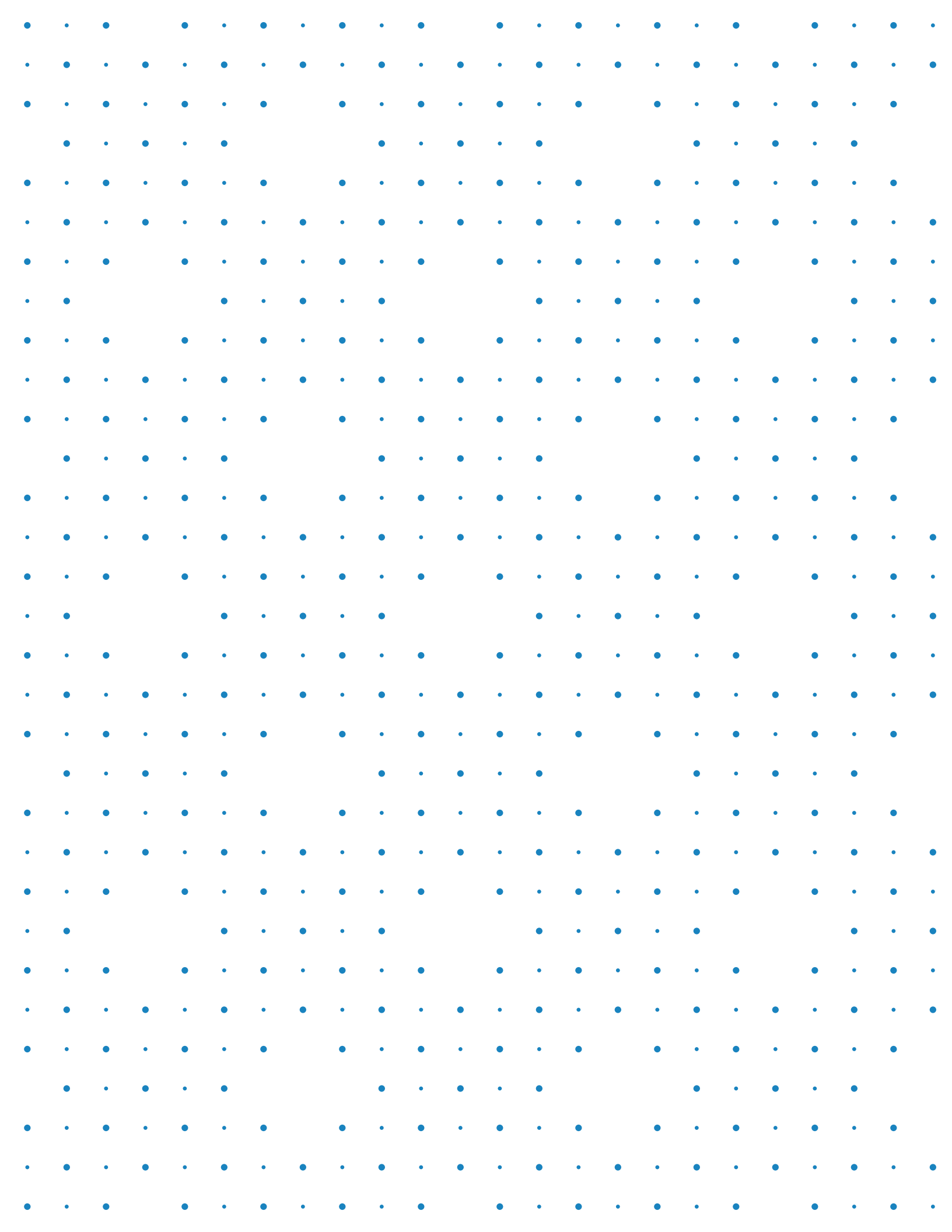
Les éléments de réponse aux questions présentées dans ce rapport correspondent non seulement à des dimensions de performance traditionnellement mesurées par le Commissaire, mais elles reflètent également des préoccupations de la population québécoise relativement à la nature de l'offre publique de soins et services, ce qui ajoute à son intérêt.

Ainsi, les Québécoises et les Québécois veulent savoir si les soins et services de santé leur seront accessibles en cas de besoin et s'ils seront de qualité. La qualité réfère ici à l'application des meilleures pratiques reconnues, à la sécurité et à la pertinence des soins et services, soit des dimensions techniques. La qualité englobe aussi tous les aspects des soins centrés sur le patient c'est-à-dire l'humanisation, la continuité et la coordination des soins et services ainsi que la globalité. En outre, la population québécoise veut être informée sur l'efficacité des soins et services, c'est-à-dire sur les résultats obtenus. Enfin, conformément à leurs valeurs, les Québécoises et les Québécois veulent savoir si les soins et services sont dispensés de manière équitable.

Dans un premier temps, certains éléments permettant de mieux saisir la logique de présentation des fiches questions-réponses seront exposés. Sept grandes questions suivront de même que les éléments de réponse permettant de porter un jugement sur la performance du système. Une réflexion en trois temps sur des raisons pouvant expliquer les résultats observés sera ensuite menée. Enfin, une conclusion suivra.

Approche
retenue





Approche retenue

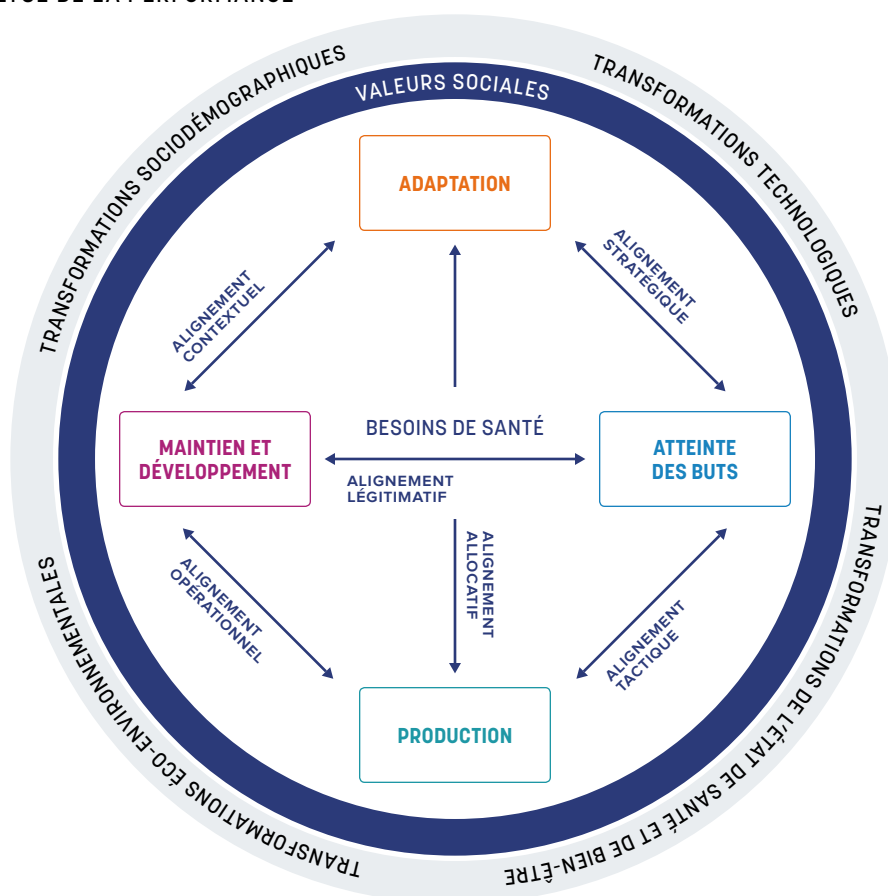
Le présent rapport s'appuie sur un modèle éprouvé d'évaluation de la performance, le modèle EGIPSS (figure 1).

Cela fait plusieurs années déjà que le Commissaire à la santé et au bien-être utilise ce cadre d'analyse lorsqu'il s'agit d'évaluer la performance du système de santé. Il est en effet particulièrement utile pour saisir la complexité du système de santé et de services sociaux québécois.

La méthodologie sur laquelle ce rapport dit « grand public » repose est la même que celle utilisée par le passé avec le souci additionnel de répondre à certaines préoccupations centrales des Québécoises et des Québécois en optant pour une présentation des résultats qui soit plus accessible et vulgarisée.

Toutefois, afin de bien saisir la teneur des messages présentés, certains éléments méthodologiques méritent d'être explicités. L'ensemble des notes techniques et méthodologiques, ainsi que l'ensemble des données et leur analyse, sont présentées dans le document complémentaire : [Approche et résultats détaillés](#). Par ailleurs, les 294 indicateurs qui ont servi à l'appréciation de la performance sont définis dans le document complémentaire intitulé [Recueil des indicateurs](#).

FIGURE 1
CADRE D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE



Les dimensions de la performance présentées dans ce rapport et les questions associées

Le modèle EGIPSS comprend une vingtaine de dimensions jugées d'importance pour l'évaluation de la performance d'un système de santé. Ces vingt dimensions se déclinent ensuite en près d'une soixantaine de sous-dimensions. Par exemple, l'accessibilité est une dimension de la performance et les accessibilités financière, géographique, culturelle et organisationnelle sont les sous-dimensions qui la composent. Le présent rapport repose sur l'évaluation de certaines dimensions du modèle EGIPSS. Ce choix a été déterminé, d'une part, par les données comparatives disponibles et, d'autre part, par les thèmes d'intérêt pour le citoyen identifiés par le Forum de consultation du Commissaire et par diverses consultations menées dans le cadre du projet sur le panier de services assurés (CSBE, 2016a).

Ainsi, dans un souci de vulgarisation, les différentes dimensions de la performance ont été traduites en « Questions de performance ». Ce rapport présente les résultats sous forme de question-réponse aux sept grandes questions d'intérêt suivantes :

Les données en appui à ces questions sont suivies d'une analyse pour tenter de comprendre à quoi peut être attribuable ce bilan. Divers éléments sont regardés, dont les dépenses en santé, les ressources dont dispose le système ainsi que l'organisation des soins et des services.

Le tout est spécifiquement analysé sous l'angle du lien entre ces différents éléments et l'accessibilité, sujet au cœur des préoccupations des Québécoises et des Québécois.

1 **ACCESSIBILITÉ** Les Québécoises et les Québécois ont-ils accès aux soins et services lorsqu'ils en ont besoin ?

L'accessibilité est appréciée par des indicateurs d'accessibilité aux organisations, aux cliniques et aux médecins (22 indicateurs) ainsi que des indicateurs d'accessibilité financière (9 indicateurs). En complément, des informations sur les niveaux d'utilisation des soins et services sont présentées (11 indicateurs) afin d'avoir un portrait plus complet de l'accessibilité.

2 **QUALITÉ TECHNIQUE** Les soins médicaux offerts à la population sont-ils bons ?

La qualité mesurée ici est technique, c'est-à-dire qu'elle porte sur la sécurité, la pertinence et l'application des bonnes pratiques dans les soins et services (30 indicateurs).

3 **HUMANISATION DES SOINS** Les Québécoises et les Québécois sont-ils traités avec respect et impliqués dans les choix concernant leurs soins ?

L'humanisme est apprécié par la qualité de la communication entre les intervenants et les usagers du système de santé, par le respect dont font preuve les intervenants à l'égard des patients ainsi que par l'implication réelle des patients dans les décisions qui les concernent (14 indicateurs).

4 **CONTINUITÉ-COORDINATION** Le suivi des patients est-il adéquat ?

La continuité est principalement appréciée par des mesures de circulation d'information concernant le patient, de qualité du suivi médical et de qualité de la coordination entre les différents intervenants (31 indicateurs).

5 **GLOBALITÉ DES SOINS** Le système offre-t-il une gamme appropriée de soins et services ?

La globalité est appréciée par seulement deux aspects, soit par la prévention, autant au niveau des grands programmes populationnels qu'au niveau des pratiques cliniques préventives, et par la multidisciplinarité (14 indicateurs).

6 **RÉSULTATS DE SANTÉ** Les soins et services produisent-ils les résultats escomptés ?

Les résultats des soins et services sont appréciés par deux types de résultats : les résultats directement associés aux soins et services (7 indicateurs), ainsi que certains résultats plus distants, mais tout de même associés à l'action du système de santé et de services sociaux (28 indicateurs).

7 **ÉQUITÉ** Les Québécoises et les Québécois sont-ils traités de manière équitable, quel que soit leur revenu ?

L'équité est mesurée par la différence observée dans la qualité des soins et services offerts et par les résultats obtenus auprès des Québécoises et des Québécois les mieux nantis relativement aux moins bien nantis (8 indicateurs).

La construction du jugement de performance

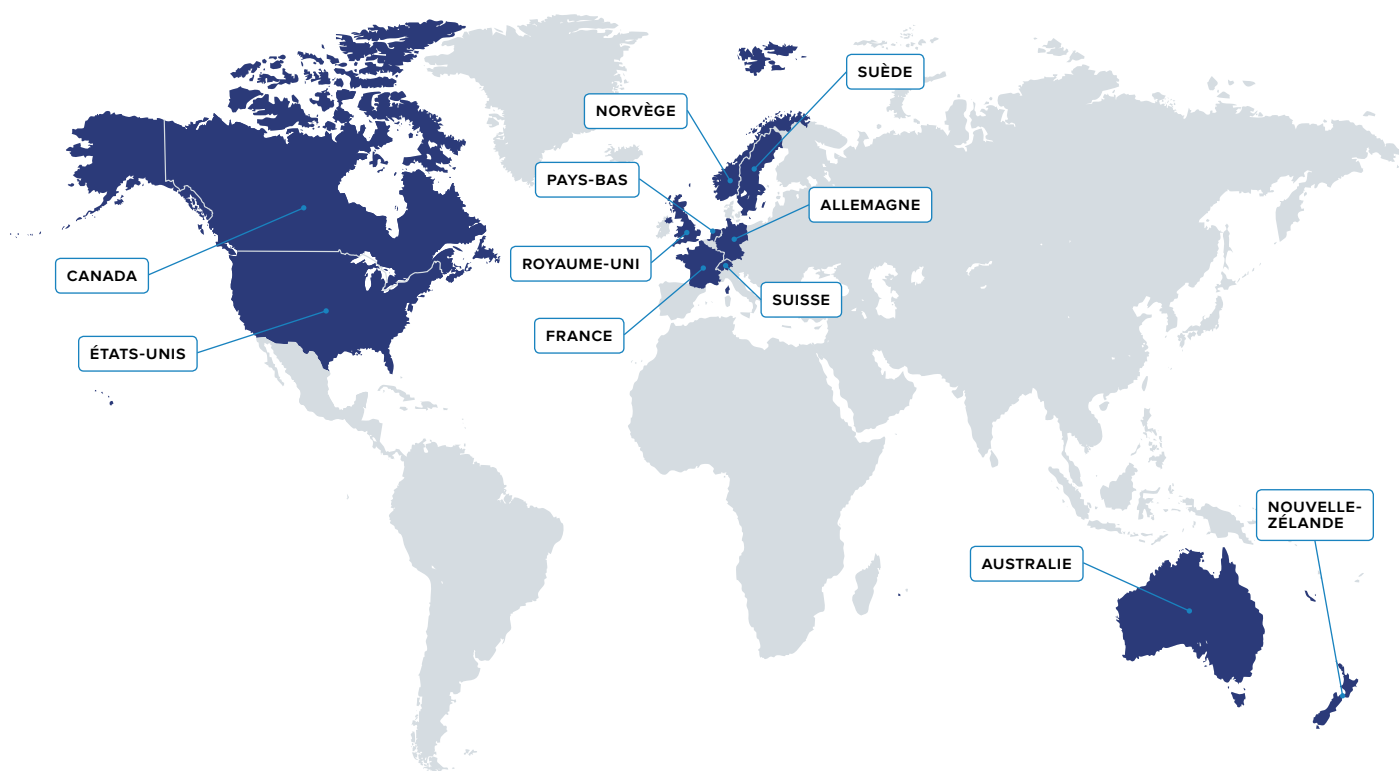
Comment déterminer si le Québec obtient une bonne performance ?

La méthodologie proposée compare les résultats obtenus par le Québec à ceux des provinces ou pays qui obtiennent les meilleurs résultats.

Les systèmes de santé utilisés aux fins de comparaison sont constitués des 9 autres provinces canadiennes et de 11 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dont les systèmes de santé partagent certaines caractéristiques avec celui du Québec.

Il s'agit de l'Allemagne, de l'Australie, du Canada, des États-Unis, de la France, de la Norvège, de la Nouvelle-Zélande, des Pays-Bas, du Royaume-Uni, de la Suède et de la Suisse.

APPROCHE RETENUE



Globalement, pour chaque indicateur, une *cible d'excellence* est établie en calculant la moyenne des 3 meilleurs résultats observés. Pour certains indicateurs, il est possible qu'une norme existe déjà. Dans ce cas, cette norme est utilisée comme cible. Ensuite, la distance par rapport à cette cible est calculée pour le résultat obtenu par chaque province et chaque pays. Ainsi, un score de 80 % pour le Québec signifie que le Québec atteint 80 % de la cible d'excellence.

Par la suite, des scores agrégés sont calculés avec une pondération pour obtenir un *score global* pour chacune des sous-dimensions et des dimensions retenues¹ : c'est le *score de performance (balisage)*.

Une mesure du *rang* est aussi calculée pour situer le score de performance du Québec par rapport aux autres provinces ou pays. Ainsi, le rang peut varier de 1 à 10 pour la comparaison entre les 10 provinces canadiennes et de 1 à 12 entre les pays comparables (on compte ici les 11 pays ainsi que le Québec). Le 1^{er} rang correspond au meilleur score observé.

SYSTÈMES DE SANTÉ UTILISÉS
AUX FINS DE COMPARAISON AVEC LE QUÉBEC



9 PROVINCES
CANADIENNES

ALBERTA
COLOMBIE-BRITANNIQUE
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD
MANITOBA
NOUVEAU-BRUNSWICK
NOUVELLE-ÉCOSSE
ONTARIO
SASKATCHEWAN
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR



11 PAYS
DE L'OCDE

ALLEMAGNE
AUSTRALIE
CANADA
ÉTATS-UNIS
FRANCE
NORVÈGE
NOUVELLE-ZÉLANDE
PAYS-BAS
ROYAUME-UNI
SUÈDE
SUISSE

¹ Le détail de la méthodologie est disponible dans le document complémentaire « *Approche et résultats détaillés* » sur le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être.

Le modèle de présentation des résultats

Le Commissaire a choisi de présenter les résultats de son évaluation sous forme de fiches.

Ainsi, chacune des fiches présente une série d'informations.

MODÈLE TYPE DE FICHE DE PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE PERFORMANCE

- 1 Question sur la performance
- 2 Réponse concise à la question
- 3 Définition de la dimension mesurée, quelles sont les sous-dimensions mesurées, les concepts qui les composent et pourquoi il est important de les prendre en considération dans l'évaluation de la performance
- 4 Score global du Québec
- 5 Rang du Québec parmi les 10 provinces canadiennes
- 6 Rang du Québec parmi les 12 pays de l'OCDE (11 dans certains cas), en incluant ici le Québec comme un des pays
- 7 Représentation graphique de la position qu'occupe le Québec parmi les provinces canadiennes et les pays comparables de l'OCDE
- 8 Scores détaillés du Québec pour les sous-dimensions de la dimension mesurée
- 9 Réponses détaillées à la question avec une appréciation par sous-dimension

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE
LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS

1. Lorem ipsum doloris volupta dis sed mil vernat isquod iuntur restiat fugiatur?

► Lorem ipsum ommolorem quis dolendundit vernatur accum voluptas evnat isquod quid magnihita aut litatqu ideliq ut veliquia dignissitio.

LOREM IPSUM DOLORIS VOLUPTA

Iqui conecetmpe prepe nonsequo blandunt. Cius, odio. Itatur maio dolorum, ipiet dia sum ad modicia natam re officitibea dolut etur, siniscipsa sunt.

Mus, sapienet que nimus min porerio iditatecae autem. Nam venist, ent anda sequeae nonem qui as ab il idelect ibusdandit que latus dolorero maio e vendi quatium de vendunt vit ped que dollaborep s volut eosape natiatur as venimus ciasit eati cuptasp erumqui aspelles et et ipsandam repudae quasperum aut dolore anda ditiis illacep taspid mod magni con re nonsedi omnime posseque sae. Ihilit es adis nemporit, et quatur audis moluptus asperor eritaep tibusam, omniae pedit alia dolorro ommo minvend andandam corepro volescipsam iur, cor as etur ad untur? Qui asperia voloraes quatur, sum earum remolor itatum qui tem et voluptam, eni ut quia dolor alit, ne ea ipsum repro ma venimet adic tenienis ut erat.

Vid ero blabo. Nam, everit aut estia vit et que nonsecus, offic te non eveliqui am non rat inciis quae officipis molupie nditas ratur acidenimodi re laute il modipsa volorumque pavelit quias ditiis molorum eatiumquid et estiuntusdae volorro cor maio dersper eperitectes ipicabo rionsent ut facepraectur re optati qui occum, quunden dictat mosam quos duntus, ventiae rferibusam labor rem ium quas.

FICHES DE PERFORMANCE

PAGE
30

SCORE DU QUÉBEC

VOLORAES QUATUR OMN



4

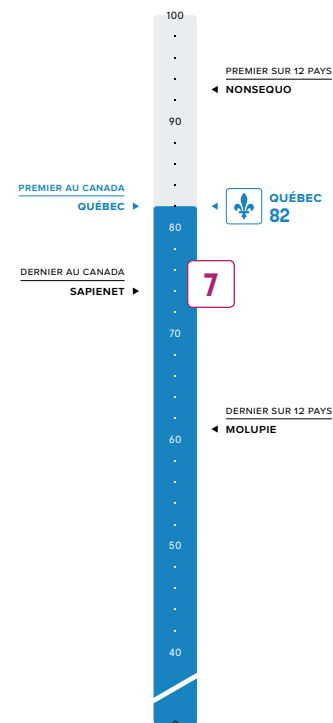
CLASSEMENT DU QUÉBEC

5

1^{er} AU CANADA

3^e SUR 12 PAYS

6



SCORES DÉTAILLÉS

8

DICTAT MOSAM
LABOR REM IUM QUAS
DERSPER EPERITECTES
IPICABO RIONSENT



SCORES DÉTAILLÉS
DU QUÉBEC
ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés
à la meilleure province et au meilleur pays.
★ Indique le meilleur score.

DICTAT MOSA

Kim apientemolo tempelita nihiciumque
optasperest quatur accatae maximin
vellaut vitae. Sandipsa conem aliam et
ommo odio. Ut quam non enda non nobi-
sitate ommodia cum voluptu.

LABOR REM IUM QUAS

Diatio ita dolum quiam, sum aut la cum
faccabo rehenisqui odipsunto bere num
remorecte sus unt perum fugiae ex et
faccae doluptas remorepudi volup-
taque cus in perior sit pro bea volestrum
laborem voluptatis explitem que.

DERSPER EPERITECTES
IPICABO RIONSENT

Cet facerum arundipienis andelibus pos
sapit exlab ipsa doles re nimet acercim-
post est facepro beaque volo vinimen
dipitatem nullaut quiberu ptatur, ullesti.

25 mut liquis ipsam voluptio velendis dolor anto
omnis sae volor anduntum quae nequiasus (205)

★ QUÉBEC	24,5
REMPORECTE	24

72 % dessequi dencidiae es conmis voloremqua
volorpored et, quos it estio torehenis et
minvenim eos doloria v os atur (202)

QUÉBEC	72,2 %
★ LABOREM	84,7 %

89 % dopti vent qui aut voluptatibus dignihl illupta
tem nemporest, volorem et fugiatquis int fuga agnis
apici doluptatampe nita volorest plit (203)

★ QUÉBEC	88,9 %
----------	--------

35 % daribus, simin cone que iume dolupta videllut
eaquatium quo mos ut aut mo eum sent cea quodilis
sunt pla disimus as dolori odiatemporia (209)

QUÉBEC	35,3 %
ANDELIBUS	59,8 %
★ REHENISQUI	66,9 %

60 % daliquatut illest cus sim quatur quissee
quasim laceperum, quis quoditem laciis doluptatasa
sinctibusam faciass imustrum fugit por (212)

QUÉBEC	60,4 %
DOLUPTAS	70,3 %
★ VOLESTRUM	75,8 %

Diatio ita dolum
quiam, sum aut
la cum faccabo
rehenisqui odips
unto bere num
remorecte sus unt
perum fugiae ex et
faccae doluptas
remorepudi
voluptaque cus in
perior sit pro bea
volestrum laborem
voluptatis explitem.

Source: Otaturep rerlor as
aborum doluptatur igni con
eveit, sit out at.

L'APPRÉCIATION DE
VOLORAES QUATUR S'AP
SUR 14 INDICATEURS.

Dictat mosam: durée de la consul-
tation (205, 206, 207); qualité des
lieux de la clinique, comme la confi-
dentialité ou la facilité d'accès pour
les personnes handicapées (208);
situations rapportées par le patient,
comme la politesse du médecin et
du personnel à la clinique; temps
d'attente lors de la consultation;
manque de respect en raison du
sexe ou de l'origine ethnique (204)

Labor rem ium quas: selon l'expé-
rience du patient, présence d'un
climat favorable à sa compréhén-
sion (201, 202); situations témoignant
de l'empathie, comme une bonne
communication avec le médecin, ou
un manque d'empathie, comme le
manque de contact visuel du méde-
cin envers le patient (203)

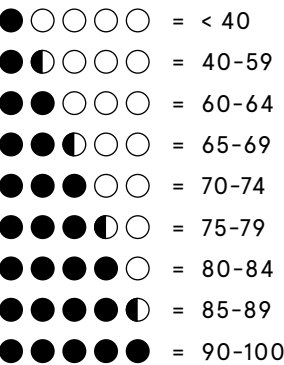
Dersper eperitectes derm ipicabo
rionsent: discussion entre le méde-
cin de famille et le patient à pro-
pos des décisions ou des choix de
traitement ou de référence vers un
spécialiste (209, 211, 212, 213); inscrip-
tion des préférences du patient au
dossier (210)

10 Des indicateurs sont
présentés à titre illustratif.
Le résultat du Québec est présenté,
ainsi que la valeur obtenue par
la province et le pays qui ont le
meilleur résultat. Chaque indicateur
est numéroté de manière à en
faciliter le repérage dans le recueil
des indicateurs

11 Information complémentaire
sur la situation au Québec,
précision, mise en garde

12 Liste de tous les indicateurs
qui ont servi à la construction
du jugement

SCORE DE PERFORMANCE
(BALISAGE)

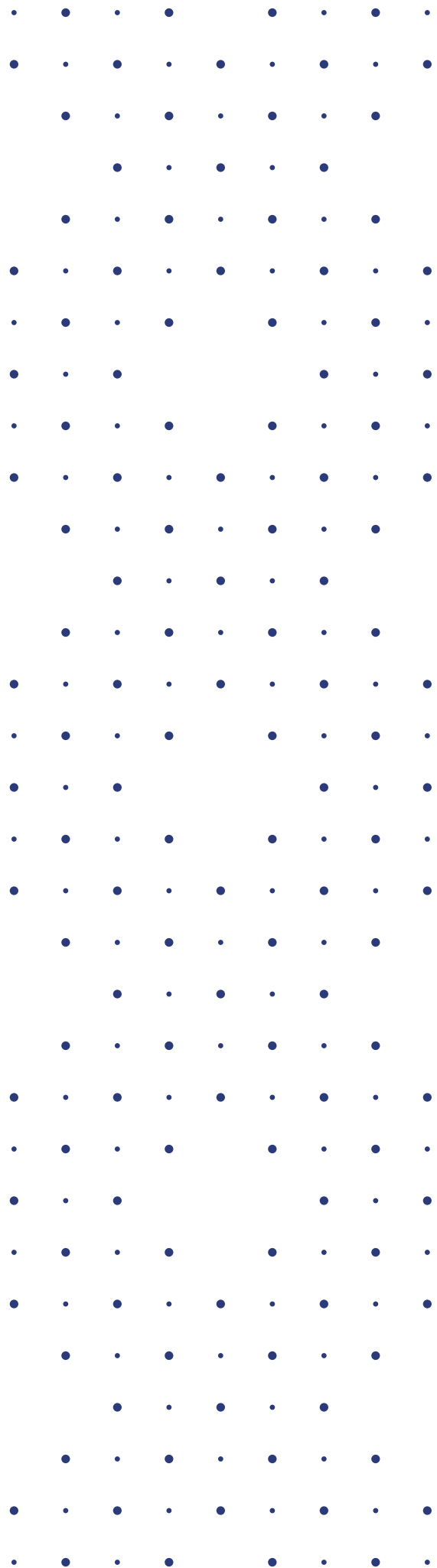


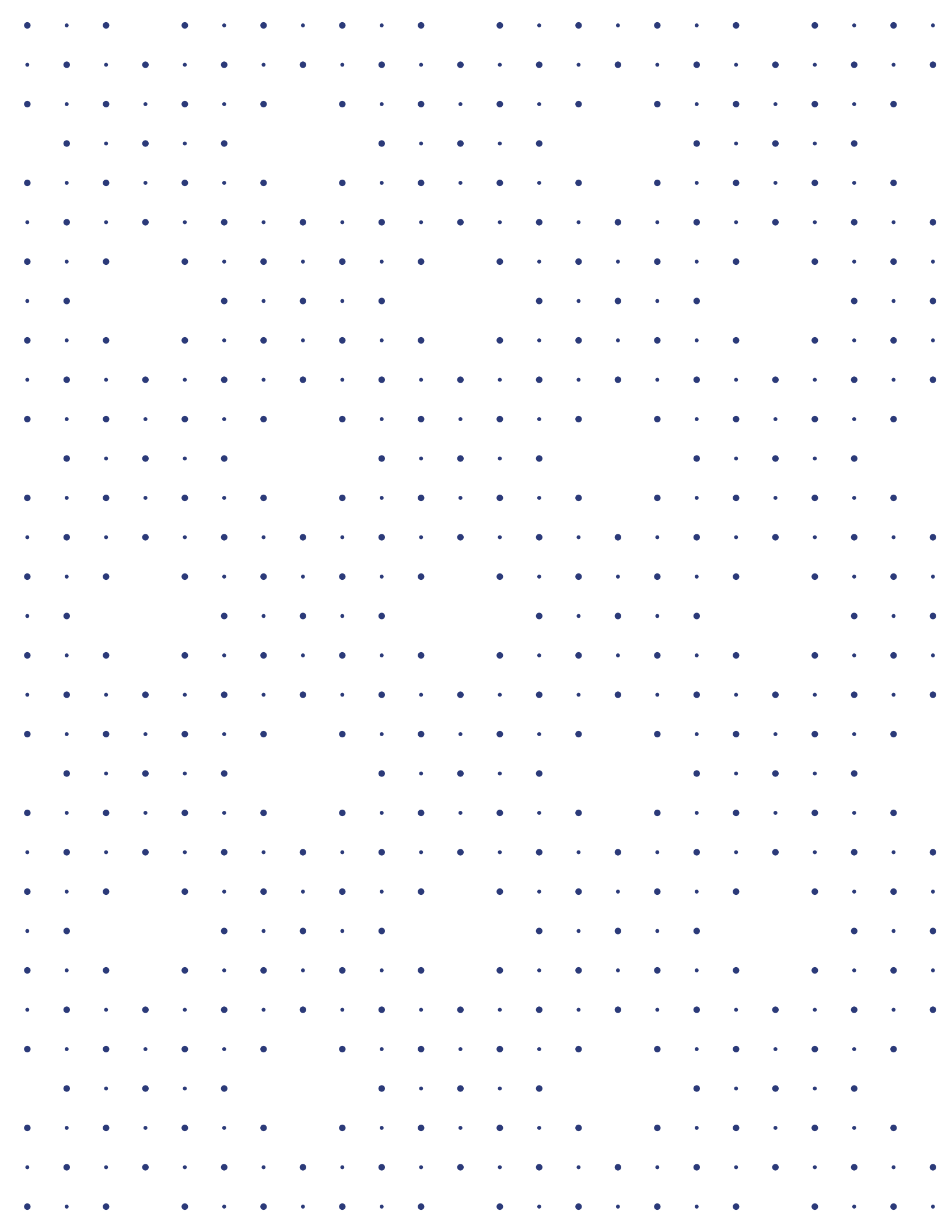
Les limites
de l'approche

Le nombre et la qualité des indica-
teurs disponibles sont variables selon
les dimensions. Certaines d'entre elles
sont mieux étayées et présentent des
résultats plus robustes que d'autres.

De plus, aucune donnée sur les services
sociaux n'est disponible sur une base
comparative à la fois avec les autres
provinces canadiennes et les pays de
l'OCDE retenus. Par conséquent, l'éva-
luation de la performance repose essen-
tiellement sur des indicateurs relatifs
aux soins et services de santé.

Fiches de performance du système de santé et de services sociaux québécois





1. Les Québécoises et les Québécois ont-ils accès aux soins et services lorsqu'ils en ont besoin ?

- **Accessibilité organisationnelle**
Au Québec, l'accessibilité aux médecins est problématique : les temps d'attente pour voir un médecin sont longs et les heures d'ouverture des cliniques et des bureaux de médecins sont limitées.

ACCESSIBILITÉ

Dans un système de santé performant, tous les citoyens ont accès en temps opportun à des soins et services de santé de qualité.

L'accessibilité est évaluée ici à l'aide d'indicateurs concernant trois aspects, soit l'accessibilité organisationnelle, l'accessibilité financière et l'utilisation des services.

L'accessibilité organisationnelle comprend l'accès aux médecins, les délais d'attente pour des tests diagnostiques et pour une chirurgie.

Il est important de s'intéresser à l'accessibilité puisqu'un manque d'accessibilité pourrait nuire à la sécurité des personnes et contribuer à la détérioration de leur état de santé.



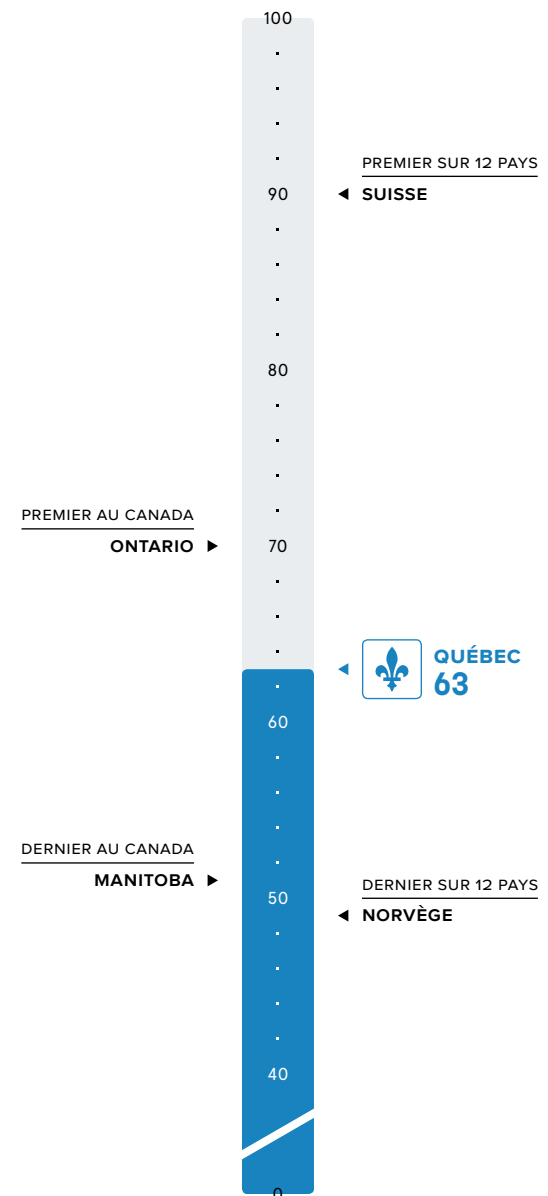
SCORE DU QUÉBEC

ACCESSIBILITÉ ORGANISATIONNELLE



CLASSEMENT DU QUÉBEC

4^e AU CANADA 9^e SUR 12 PAYS



SCORES DÉTAILLÉS

MÉDECINS DE FAMILLE	● ● ○ ○ ○
MÉDECINS SPÉCIALISTES	● ● ○ ○ ○
EXAMENS DIAGNOSTIQUES	● ● ● ○ ○
CHIRURGIES PRIORITAIRES	● ● ● ● ●



SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

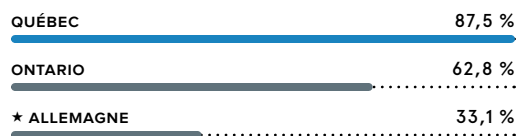
Résultats du Québec comparés
à la meilleure province et au meilleur pays.
★ Indique le meilleur score.

MÉDECINS DE FAMILLE

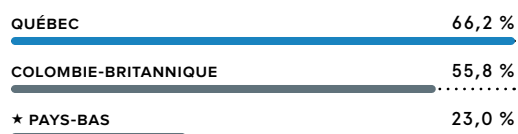


En général, la population québécoise dispose d'une source régulière de soins. Toutefois, les Québécoises et les Québécois ne peuvent consulter cette source rapidement.

88 % des médecins québécois n'ont pas pu donner un rendez-vous le jour même ou le jour suivant (87)



66 % des Québécois de plus de 55 ans rapportent avoir un accès difficile aux médecins en dehors des heures régulières (90)



MÉDECINS SPÉCIALISTES



Les délais d'attente pour voir un spécialiste sont considérables au Québec comme ailleurs au Canada. La moyenne canadienne est de 64,7 %.

59 % des Québécois attendent plus de 4 semaines pour voir un spécialiste (84)



EXAMENS DIAGNOSTIQUES



L'accès rapide aux tests diagnostiques demeure problématique, comme dans plusieurs provinces.

65 % des médecins québécois rapportent que leurs patients ont de la difficulté à obtenir des examens diagnostiques spécialisés (83)



CHIRURGIES PRIORITAIRES



Les temps d'attente pour les chirurgies prioritaires sont relativement bons.

Toutefois, des milliers de Québécoises et de Québécois sont en attente depuis plus de 6 mois pour des chirurgies non prioritaires par les politiques gouvernementales.

Entre 80 % et 88 % des patients québécois sont opérés dans les délais recommandés pour :

chirurgie de la hanche (74)



chirurgie du genou (75)



chirurgie de la cataracte (76)



En août 2016, au Québec, 16 343 des 18 643 personnes en attente d'une chirurgie depuis plus de 6 mois attendaient pour des chirurgies non prioritaires par les politiques gouvernementales.

Source : Tableaux de bord sur les informations de gestion - MSSS

L'APPRÉCIATION DE L'ACCESSIBILITÉ ORGANISATI- ONNELLE S'APPUIE SUR 22 INDICATEURS.

Accès à un médecin de famille : capacité d'obtenir un rendez-vous rapidement (87, 92, 93), possibilité d'être vu en dehors des heures d'ouverture (88, 90), possibilité d'obtenir conseil rapidement (91), difficulté à obtenir un examen de routine (94), différents critères d'accès (89)

Délais d'attente pour voir un spécialiste : délais dans le traitement (80, 82), délais d'attente pour voir un spécialiste (81, 84, 85, 86)

Délais d'attente pour des examens diagnostiques : temps d'attente pour des examens diagnostiques (73, 83)

Délais d'attente pour des chirurgies prioritaires : proportion de patients opérés dans les délais (74, 75, 76), temps d'attente entre l'évaluation du spécialiste et la chirurgie (77, 78, 79)

1. Les Québécoises et les Québécois ont-ils accès aux soins et services lorsqu'ils en ont besoin ?

- **Accessibilité financière**
Au Québec, l'accessibilité financière est bonne dans l'ensemble. C'est donc dire que le coût des services médicaux n'est pas un obstacle qui freine l'accès aux soins. Elle est toutefois problématique pour certaines personnes et certains services.

ACCESSIBILITÉ

Dans un système de santé performant, tous les citoyens ont accès en temps opportun à des soins et services de santé de qualité.

L'accessibilité est évaluée ici à l'aide d'indicateurs concernant trois aspects, soit l'accessibilité organisationnelle, l'accessibilité financière et l'utilisation des services.

L'accessibilité financière porte sur la difficulté à payer des médicaments, des services médicaux ou des examens ainsi que sur les dépenses pour des traitements médicaux non assurés.

Il est important de s'intéresser à l'accessibilité puisqu'un manque d'accessibilité pourrait nuire à la sécurité des personnes et contribuer à la détérioration de leur état de santé.

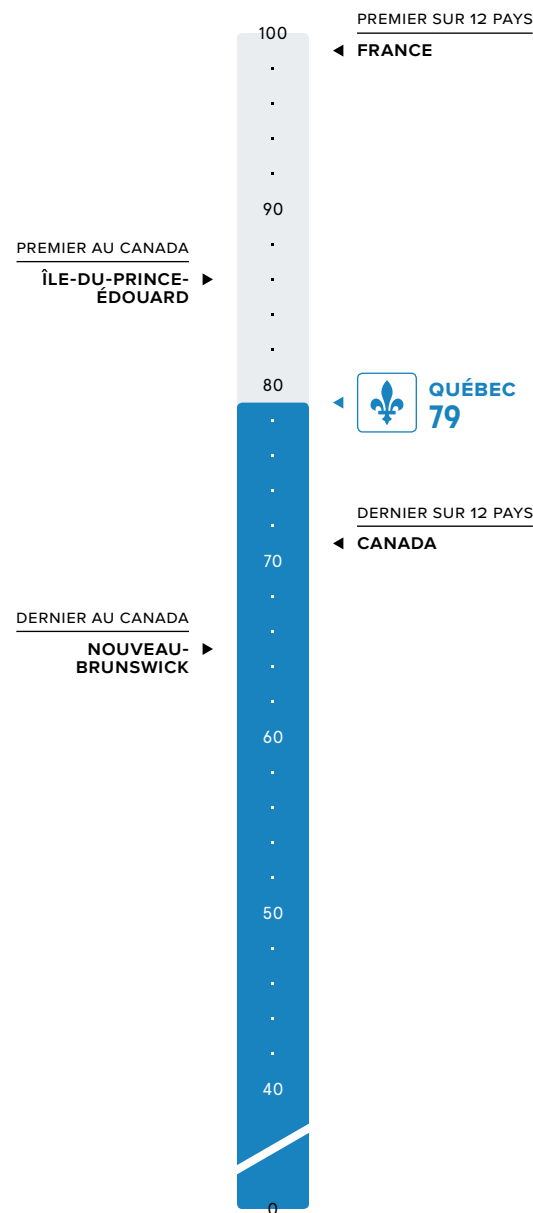


SCORE DU QUÉBEC

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE



CLASSEMENT DU QUÉBEC



SCORE DÉTAILLÉ





SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés
à la meilleure province et au meilleur pays.
★ Indique le meilleur score.

ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE



Entre 3 % et 14 % des personnes de 55 ans et plus rapportent ne pas avoir pris un médicament, réalisé un test ou consulté un médecin ou un dentiste en raison du coût. Ces données sont comparables à celles des autres provinces et pays. Bien que ces pourcentages soient faibles, ils représentent tout de même entre 79 000 et 368 000 personnes.

Un peu plus du quart des personnes de 55 ans et plus ont dépensé plus de 1 000 \$ lors de la dernière année pour des traitements médicaux non assurés. Cette proportion est plus importante que la moyenne canadienne et que celle de la plupart des pays comparables.

26 % des Québécois de 55 ans et plus dépensent 1 000 \$ et plus par année pour des traitements médicaux (289)

QUÉBEC	26,0 %
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	14,0 %
★ FRANCE	1,0 %

7 % des Québécois de 55 ans et plus n'ont pas acheté un médicament prescrit ou ont sauté une dose en raison du coût (267)

QUÉBEC	6,7 %
SASKATCHEWAN	2,1 %
★ FRANCE	1,6 %

14 % des Québécois de 55 ans et plus n'ont pas consulté un dentiste en raison du coût (272)

QUÉBEC	14,1 %
★ SASKATCHEWAN	8,9 %

Au Québec
en 2016, 27 %
de la population
de 18 ans et plus
mentionne ne pas
avoir eu des soins
ou des examens
dentaires en raison
du coût.

(CSBE, 2017c)

L'APPRÉCIATION DE L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE S'APPUIE SUR 9 INDICATEURS.

Difficulté à payer des médicaments (266, 267), des services médicaux ou des examens (268, 269, 270, 271, 272, 273); dépenses pour des traitements médicaux non assurés (289)

1. Les Québécoises et les Québécois ont-ils accès aux soins et services lorsqu'ils en ont besoin ?

- Utilisation des services
Au Québec, l'utilisation des services est plus faible qu'ailleurs. Les Québécoises et les Québécois utilisent beaucoup moins les services médicaux, sont moins hospitalisés et ils subissent moins de chirurgie que les résidents des autres pays et des autres provinces.

ACCESSIBILITÉ

Dans un système de santé performant, tous les citoyens ont accès en temps opportun à des soins et services de santé de qualité.

L'accessibilité est évaluée ici à l'aide d'indicateurs concernant trois aspects, soit l'accessibilité organisationnelle, l'accessibilité financière et l'utilisation des services.

L'utilisation des services est notamment évaluée par le nombre d'hospitalisations, le nombre de chirurgies et par le recours à l'urgence.

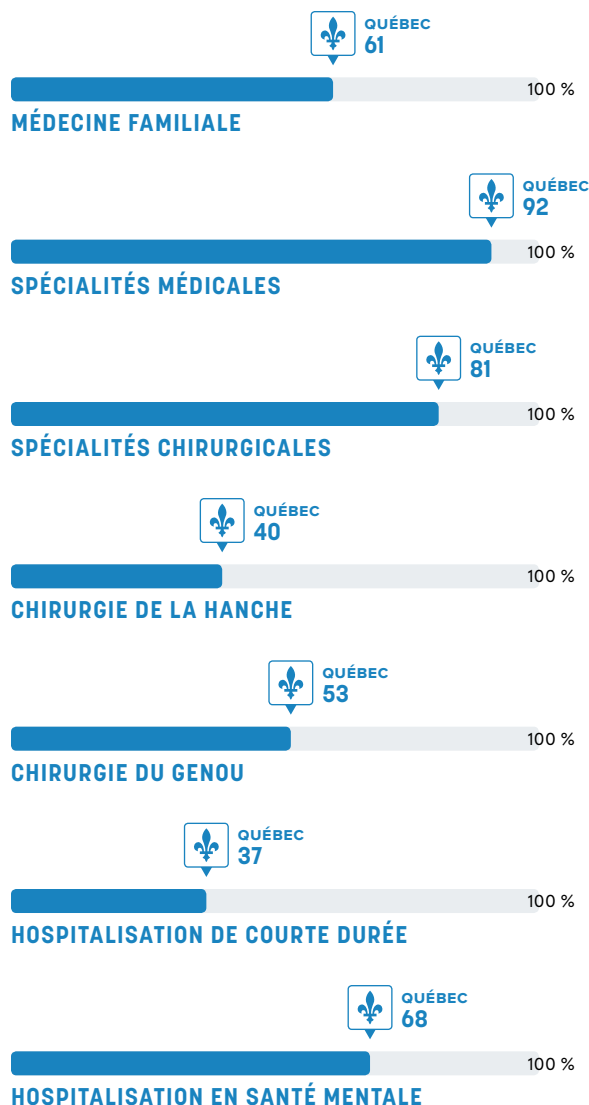
Il est important de s'intéresser à l'accessibilité puisqu'un manque d'accessibilité pourrait nuire à la sécurité des personnes et contribuer à la détérioration de leur état de santé.



UTILISATION DES SERVICES

Niveau d'utilisation du système de santé québécois par rapport aux pays et provinces affichant le plus haut niveau

Le score 100 % représente la moyenne des résultats des trois pays ou provinces qui ont le plus haut niveau d'utilisation des services.



L'utilisation des services n'est pas intégrée à l'analyse de la performance puisque nous ne disposons pas d'information sur le niveau de besoin de la population.



CONSTATS POUR LE QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés
à la meilleure province et au meilleur pays.
★ Indique le niveau d'utilisation le plus élevé.

UTILISATION DES SERVICES

Au Québec :

- Il y a moins d'hospitalisations en soins de courte durée comparativement à la moyenne canadienne et aux autres pays de l'OCDE
- Il y a moins d'arthroplastie de la hanche et du genou que dans les autres provinces canadiennes et autres pays de l'OCDE
- Le nombre de consultations et d'interventions dans une année par les médecins de famille au Québec est le plus faible de toutes les provinces canadiennes
- Le nombre de Québécoises et de Québécois qui ont eu recours au service des urgences est équivalent à celui des autres provinces, mais plus élevé que dans les pays de l'OCDE

Nombre de services **par 1 000 habitants** pour une année, selon les actes médicaux suivants :

consultations et interventions - médecine familiale (290)

QUÉBEC	311,2
★ COLOMBIE-BRITANNIQUE	532,3

consultations et interventions - spécialités médicales (291)

QUÉBEC	210,9
★ ONTARIO	245,5

consultations et interventions - spécialités chirurgicales (292)

QUÉBEC	116,0
★ ONTARIO	154,0

hospitalisations - de courte durée (65)

QUÉBEC	74,2
SASKATCHEWAN	102,9
★ ALLEMAGNE	252,0

hospitalisations - santé mentale (66)

QUÉBEC	5,3
★ ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	9,5

chirurgie de la hanche (68)

QUÉBEC	1,1
SASKATCHEWAN	2,0
★ SUISSE	2,9

chirurgie du genou (69)

QUÉBEC	1,3
★ SASKATCHEWAN	3,0
ÉTATS-UNIS	2,3

Au Québec,
60 % des visites à
l'urgence sont pour
des cas jugés non
urgents (niveaux
de priorité 4 et 5),
soit des situations
qui, pour la plupart,
auraient pu être
traitées en clinique.

(CSBE, 2016b)

L'APPRÉCIATION DE L'UTILISATION DES SERVICES S'APPUIE SUR 11 INDICATEURS.

Nombre d'hospitalisations en soins de courte durée et santé mentale (65, 67, 66); nombre d'arthroplasties de la hanche et du genou (68, 69); consultation de médecins et recours à l'urgence (70, 71, 72); nombre de services fournis en médecine familiale (290), en spécialités médicales (291) et chirurgicales (292)

2. Les soins médicaux offerts à la population sont-ils bons ?

- Au Québec, les soins de santé sont généralement appropriés et de qualité, mais ils pourraient être plus sécuritaires.

QUALITÉ TECHNIQUE

Dans un système de santé performant, les citoyens reçoivent des soins et des services qui sont conformes aux meilleures façons de faire. Trois critères s'imposent pour définir la qualité technique des soins. Ceux-ci doivent être appropriés, c'est-à-dire qu'ils doivent être pertinents aux besoins de la personne. Les soins doivent ensuite être bien exécutés en fonction des normes de bonnes pratiques reconnues internationalement et, enfin, ils doivent être réalisés en minimisant les risques pour la santé, en évitant les infections, par exemple.

La qualité technique est évaluée ici à l'aide d'indicateurs concernant la sécurité des soins, comme les infections contractées à l'hôpital ou les problèmes à la suite d'une chirurgie; la pertinence des soins, comme le taux de césariennes ou le taux d'hospitalisations qui auraient pu être évitées si le patient avait été bien pris en charge; l'exécution des soins, illustrée, entre autres, par les réadmissions à l'hôpital.

Le niveau de qualité technique produit dans un système de santé a des conséquences directes sur la santé des patients. Il est reconnu que des problèmes de qualité coûtent cher et sont la cause d'insatisfactions importantes, tant chez le personnel soignant que dans la population en général.

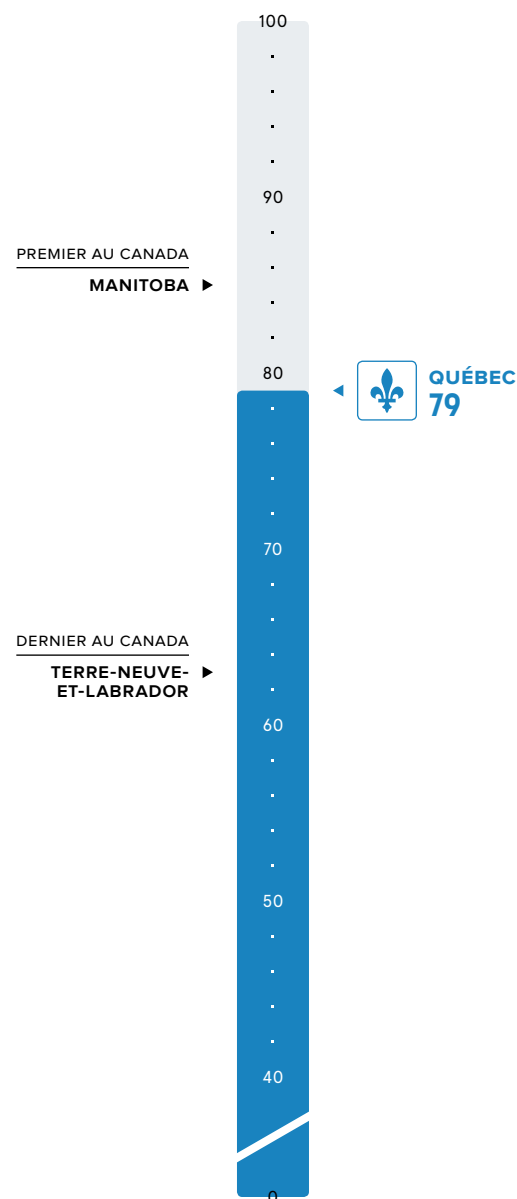


SCORE DU QUÉBEC

QUALITÉ TECHNIQUE



CLASSEMENT DU QUÉBEC



SCORES DÉTAILLÉS





SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

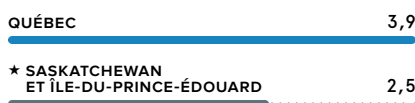
Résultats du Québec comparés
à la meilleure province.
★ Indique le meilleur score.

SÉCURITÉ DES SOINS



Au Québec, les soins sont plutôt sécuritaires. Cependant, le risque d'infection et d'autres complications est plus élevé par rapport à certaines provinces canadiennes. Il s'est toutefois amélioré.

Au Québec, **4** patients hospitalisés sur 1 000 développent une infection lors de l'hospitalisation [95]



PERTINENCE DES SOINS MÉDICAUX



Au Québec, il semble que les patients reçoivent généralement en ambulatoire (en clinique externe ou à domicile) les soins nécessaires à leur condition clinique, de manière à éviter d'éventuelles hospitalisations. Cependant, plus de 25 000 hospitalisations par année pourraient encore être évitées.

305 hospitalisations par 100 000 habitants auraient pu être évitées si le patient avait reçu les soins nécessaires en clinique au Québec [101]



Par ailleurs, le taux de césarienne se situe dans les normes de bonnes pratiques internationales reconnues, soit autour de 10 %, selon l'Organisation mondiale de la santé (2015).

12 % de césariennes au Québec [102]



EXÉCUTION DES SOINS



Patients hospitalisés – Le faible taux de patients réadmis dans les 30 jours suivant une hospitalisation laisse supposer que les soins hospitaliers sont conformes aux bonnes pratiques.

6 % des patients qui ont subi une chirurgie ont été réadmis à l'hôpital au Québec [103]



Médecins de famille – Comparativement aux autres provinces et aux autres pays, l'évaluation de la qualité des soins prodigués par les médecins de famille ne semble pas être intégrée à la culture médicale au Québec.

13 % des patients qui ont reçu des soins médicaux ont été réadmis à l'hôpital au Québec [104]



Les patients atteints de maladies chroniques rapportent recevoir un bon suivi.

Médicaments – Les patients sont bien informés au sujet des médicaments qui leur sont prescrits.

Au Québec,
il n'y a pas de
données de la
conformité aux
bonnes pratiques
et de la sécurité
des soins reçus
dans les cliniques.

L'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ TECHNIQUE S'APPUIE SUR 30 INDICATEURS.

Sécurité : risque de sepsis (95), corps étranger laissé dans l'organisme (96), troubles postopératoires : embolies pulmonaires (97) et septicémie (98), traumatismes obstétricaux (99, 100)

Pertinence des soins : hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires (101), césariennes (102)

Exécution des soins : réadmissions à l'hôpital pour les soins suivants : médicaux (104), chirurgicaux (103), obstétricaux (105), pédiatriques (106), en santé mentale (107); évaluation de la qualité des soins prodigués par les médecins de famille au niveau de l'efficacité des soins (108, 111); utilisation des services hospitaliers par les patients (110); sondage de satisfaction auprès des patients (109); comparaison avec des cibles de performance (112) ou avec d'autres cliniques (113); conformité aux guides de pratique concernant le suivi des patients atteints de maladies chroniques (114, 115, 116, 122, 123, 124); instructions par écrit fournies aux patients sur les symptômes à surveiller à la suite d'une hospitalisation (117); pratiques de gestion des médicaments (118, 119, 120, 121)

3. Les Québécoises et les Québécois sont-ils traités avec respect et impliqués dans les choix concernant leurs soins ?

- Les patients québécois sont traités avec respect et ont une bonne communication avec leur médecin. Ils sont toutefois peu impliqués dans les choix concernant leurs soins ou leurs traitements.

HUMANISATION DES SOINS

Outre la qualité technique des soins, le contexte humain dans lequel ces soins sont donnés est également un élément important dans le processus de soins. L'humanisation renvoie aux relations psychologiques et sociales qui existent entre ceux qui offrent les services et ceux qui les reçoivent.

L'humanisation des soins est évaluée ici à l'aide d'indicateurs concernant la qualité des échanges entre le médecin ou le personnel médical et le patient, soit le respect, la communication et l'écoute ainsi que l'implication du patient dans les décisions concernant ses soins et traitements. Il est à noter que ces indicateurs portent principalement sur les médecins de famille.

Il est important de s'attarder à l'humanisation des soins puisque celle-ci a des répercussions sur les résultats de santé ainsi que sur la satisfaction de la clientèle.

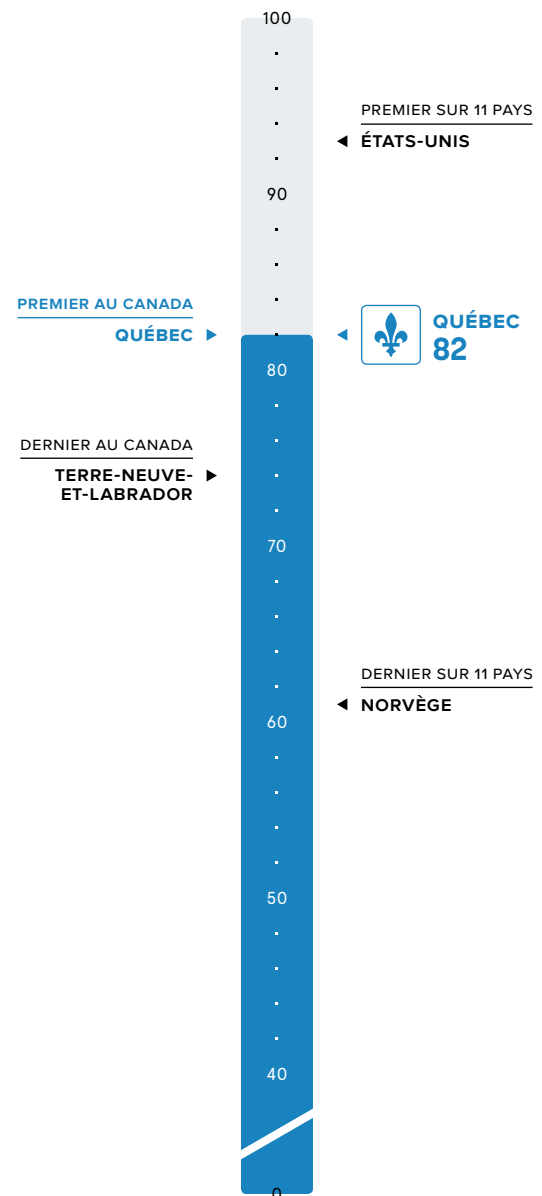


SCORE DU QUÉBEC

HUMANISATION DES SOINS



CLASSEMENT DU QUÉBEC



SCORES DÉTAILLÉS





SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

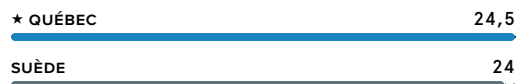
Résultats du Québec comparés
à la meilleure province et au meilleur pays.
★ Indique le meilleur score.

RESPECT



Au Québec, les médecins de famille consacrent une période de temps appréciable à une visite de routine, comparativement aux autres provinces canadiennes et aux autres pays.

25 minutes consacrées en moyenne à un patient lors d'une visite de routine au Québec (205)



COMMUNICATION ET ÉCOUTE



Au Québec, la grande majorité des patients considèrent avoir reçu suffisamment d'information sur leurs soins et traitements de la part de leur médecin de famille et sont satisfaits du temps qui leur est accordé.

72 % des Québécois de 55 ans et plus rapportent recevoir suffisamment d'information sur leurs soins (202)



89 % des patients québécois rapportent que leur médecin de famille a pris un temps suffisant avec eux (203)



IMPLICATION DU PATIENT DANS LES DÉCISIONS

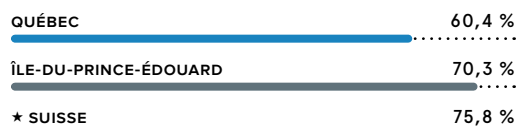


Comparativement aux autres provinces et pays, les patients québécois sont peu impliqués dans les décisions les concernant et le choix de leur traitement.

35 % des médecins de famille québécois déclarent discuter systématiquement avec leurs patients des traitements (209)



60 % des Québécois de 55 ans et plus rapportent avoir toujours été impliqués dans les décisions sur leur traitement (212)



Ces résultats globalement favorables pour le Québec sont toutefois nuancés par le fait qu'en 2015-2016, 9 % des patients de 75 ans et plus, soit près de 30 000 personnes, ont attendu plus de 48 heures sur une civière à l'urgence.

Source : Banque de données commune des urgences (BCDU) - MSSS

L'APPRÉCIATION DE L'HUMANISATION S'APPUIE SUR 14 INDICATEURS.

Respect : durée de la consultation (205, 206, 207); qualité des lieux de la clinique, comme la confidentialité ou la facilité d'accès pour les personnes handicapées (208); situations rapportées par le patient, comme la politesse du médecin et du personnel à la clinique; temps d'attente lors de la consultation; manque de respect en raison du sexe ou de l'origine ethnique (204)

Communication et écoute : selon l'expérience du patient, présence d'un climat favorable à sa compréhension (201, 202); situations témoignant de l'empathie, comme une bonne communication avec le médecin, ou un manque d'empathie, comme le manque de contact visuel du médecin envers le patient (203)

Implication du patient dans les décisions concernant ses soins et traitements : discussion entre le médecin de famille et le patient à propos des décisions ou des choix de traitement ou de référence vers un spécialiste (209, 211, 212, 213); inscription des préférences du patient au dossier (210)

4. Le suivi des patients est-il adéquat ?

- Au Québec, il y a peu de partage d'information entre les professionnels de la santé concernant le patient, particulièrement de la part du médecin spécialiste vers le médecin de famille. Toutefois, la coordination entre les services est satisfaisante.

CONTINUITÉ-COORDINATION

Dans un système de santé performant, les mécanismes pour assurer une bonne continuité dans les processus de soins concernant les patients sont mis en place et fonctionnent bien. Ceci implique que les patients sont suivis régulièrement par différents intervenants, selon les soins requis. La manière dont le patient est pris en charge dans ce processus prend alors toute son importance pour garantir la qualité de ses soins. De plus, les ententes pour assurer une bonne coordination entre les soins et services sont respectées et permettent d'optimiser l'expérience de soins des patients.

La continuité-coordination est évaluée ici à l'aide d'indicateurs concernant le partage d'information entre les professionnels relativement au suivi d'un patient et à la qualité du suivi médical. Par exemple, la fréquence de prise de contact par la clinique avec le patient entre les rendez-vous et la coordination des soins du patient donnés par différents intervenants. Il est à noter que ces indicateurs portent principalement sur les médecins de famille.

Un manque de continuité et de coordination peut avoir des répercussions importantes sur la santé des patients, particulièrement les plus vulnérables.

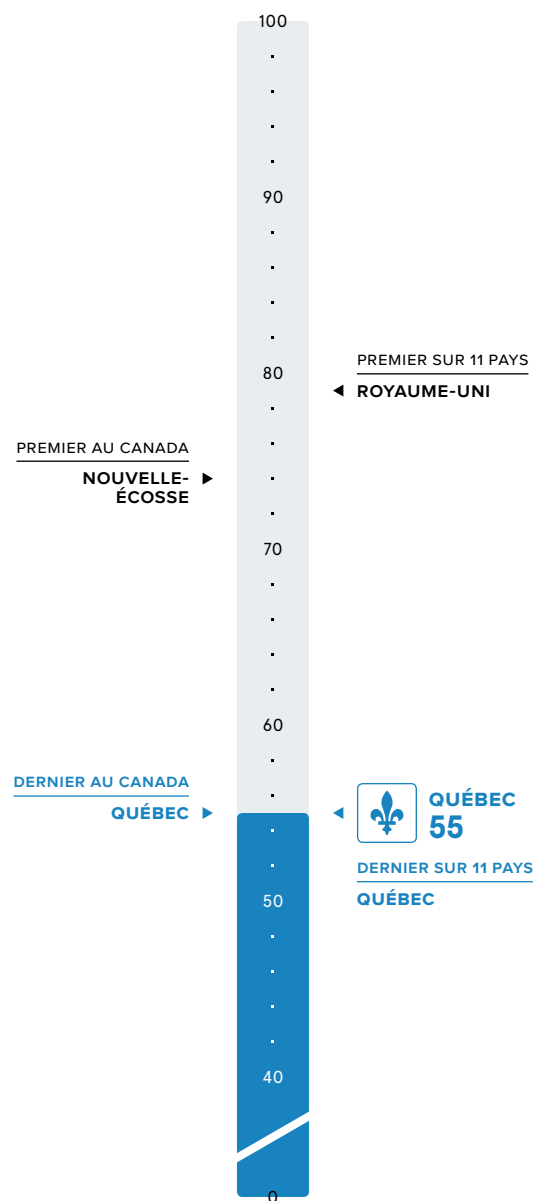


SCORE DU QUÉBEC

CONTINUITÉ-COORDINATION



CLASSEMENT DU QUÉBEC



SCORES DÉTAILLÉS





SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés
à la meilleure province et au meilleur pays.
★ Indique le meilleur score.

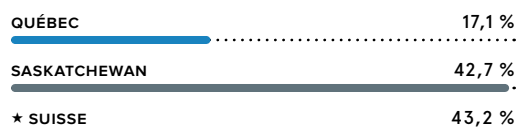
PARTAGE D'INFORMATION ENTRE LES PROFESSIONNELS



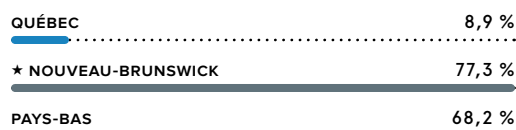
Ily a peu de partage d'information entre les médecins de famille, les médecins spécialistes et les autres services. Le Québec se classe au dernier rang des autres provinces et des pays comparables.

Les médecins de famille sont très peu informés des changements importants de l'état de santé de leurs patients lorsque ceux-ci ont consulté à l'urgence, sont hospitalisés ou reçoivent des soins à domicile.

17 % des médecins de famille québécois déclarent recevoir toujours un avis lorsque leur patient consulte un spécialiste (170)



9 % des médecins de famille québécois déclarent recevoir toujours un avis lorsque leur patient va à l'urgence (176)



20 % des médecins de famille québécois déclarent recevoir toujours un avis lorsque leur patient reçoit son congé de l'hôpital (177)



COORDINATION DES SOINS ET SERVICES



Au Québec, le suivi des patients à leur sortie de l'hôpital se fait bien. Toutefois, il y a peu de coordination entre le cabinet du médecin et les autres soins et services fournis au patient.

35 % des médecins de famille québécois affirment qu'il est facile de coordonner les soins de leurs patients (195)



82 % des Québécois de 55 ans et plus rapportent que l'hôpital a pris des dispositions pour assurer un suivi à leur sortie (199)



Le pourcentage de médecins de famille québécois qui utilisent des dossiers médicaux électroniques a triplé entre 2009 et 2015.

Toutefois, le Québec accuse encore un important retard dans l'utilisation de certaines technologies.

L'APPRÉCIATION DE LA CONTINUITÉ S'APPUIE SUR 31 INDICATEURS.

Partage d'information rapporté par le médecin de famille : concernant les spécialistes (170, 171, 172, 187) et les autres services utilisés par la clientèle (175, 176, 177, 178, 197); réception d'informations transmises par des partenaires (186); information non disponible (181, 182) et rapporté par les patients : concernant le manque d'échanges d'information avec les spécialistes (173, 174); des informations contradictoires (179), ou non disponibles (184, 185), constat que l'équipe médicale était bien informée de leur dossier (180, 183), situations de bonne continuité (188)

Coordination des soins et services : rapportée par le médecin de famille : le contact avec les patients entre les visites (189, 190); la coordination des soins à la sortie de l'hôpital (193), avec des intervenants dans la communauté ou avec d'autres professionnels (194, 195, 191); situations de manque de coordination (196) et rapportée par les patients : un professionnel de la santé les contacte entre les visites chez le médecin (192); coordination des soins par son médecin de famille (198); prise de dispositions par l'hôpital pour assurer un suivi à leur sortie (199); situations de travail collaboratif; répétition de tests et personnel qui ne semble pas savoir qui devrait faire quoi (200)

5. Le système offre-t-il une gamme appropriée de soins et services ?

- Le Québec performe bien en ce qui concerne la vaccination et le dépistage. Toutefois, les pratiques cliniques préventives, de même que la multidisciplinarité dans les cliniques et le rôle du personnel infirmier affichent des résultats plutôt mitigés.

GLOBALITÉ DES SOINS

Dans un système de santé performant, les citoyens reçoivent l'ensemble des soins et services nécessaires à leur santé et bien-être. Le processus de soins est facilité lorsqu'un maximum de traitements ou de types de services sont disponibles au même endroit, par exemple, dans une même clinique.

La globalité est évaluée ici à l'aide d'indicateurs pouvant témoigner de l'éventail de soins offerts au patient. Ceux-ci incluent des vaccins, du dépistage, de la prévention, de la promotion de saines habitudes de vie, la présence d'infirmières ou d'infirmiers et la multidisciplinarité (diversité de professionnels de la santé qui travaillent dans les cliniques des médecins de famille). Il est à noter que ces indicateurs portent principalement sur les soins prodigués par les médecins de famille et le personnel de leur clinique.

La globalité des soins favorise une meilleure réponse aux besoins de santé et améliore les résultats de santé. Elle est également associée à une plus grande satisfaction de la part du personnel soignant et de la population.



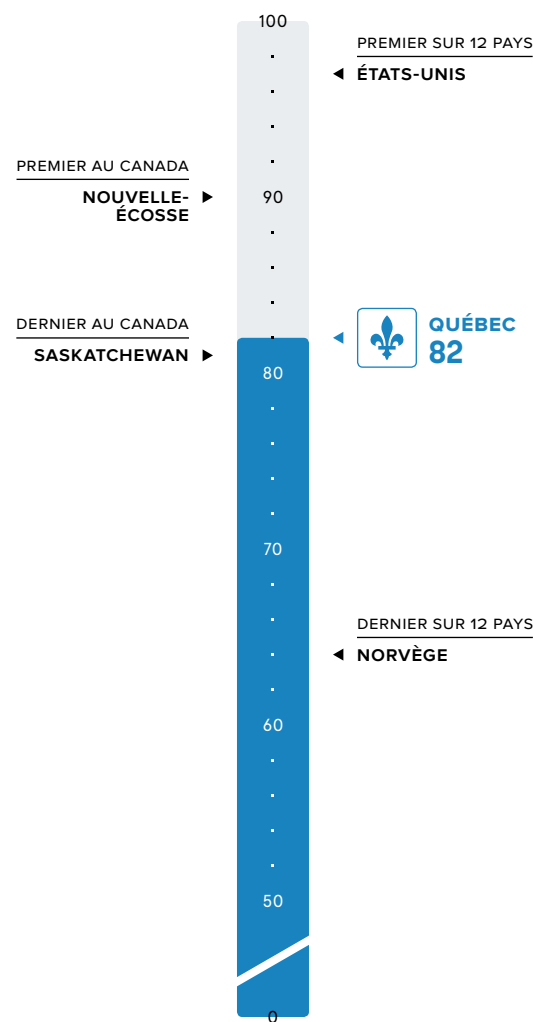
SCORE DU QUÉBEC

GLOBALITÉ DES SOINS



CLASSEMENT DU QUÉBEC

9^e AU CANADA 6^e SUR 12 PAYS



SCORES DÉTAILLÉS

VACCINATION ET DÉPISTAGE	● ● ● ● ○
PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES	● ● ● ● ○
DIVERSITÉ DES SOINS ET SERVICES (MULTIDISCIPLINARITÉ)	● ● ● ● ○

La diversité des soins et services est exclue du calcul du score global de performance en raison du nombre trop restreint d'indicateurs disponibles pour l'ensemble des provinces et pays.



SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés
à la meilleure province et au meilleur pays.
★ Indique le meilleur score.

VACCINATION ET DÉPISTAGE



Le Québec fait particulièrement bonne figure dans le programme de mammographie préventive et performe de manière satisfaisante pour le dépistage du cancer du col utérin (test Pap).

Le pourcentage des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza est relativement faible.

74 % des Québécoises ont passé une mammographie (157)

QUÉBEC	74,4 %
★ ÉTATS-UNIS	80,8 %

68 % des Québécoises ont passé un test Pap (158)

QUÉBEC	67,5 %
MANITOBA	81,5 %
★ ÉTATS-UNIS	84,5 %

56 % des Québécois de 65 ans et plus sont vaccinés contre l'influenza (156)

QUÉBEC	56,0 %
★ NOUVELLE-ÉCOSSE	74,1 %
PAYS-BAS ET ROYAUME-UNI	74,0 %

PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES



Les personnes de 55 ans et plus rapportent que leur médecin aborde avec eux des questions relatives aux saines habitudes de vie.

Cependant, peu ont rapporté qu'un professionnel de la santé leur a parlé de choses qui les inquiètent ou qui les stressent dans la vie.

55 % des Québécois de 55 ans et plus rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé d'activité physique (160)

QUÉBEC	55,0 %
COLOMBIE-BRITANNIQUE	60,6 %
★ ÉTATS-UNIS	70,9 %

21 % des Québécois de 55 ans et plus rapportent qu'un professionnel de la santé leur a parlé de stress (162)

QUÉBEC	21,0 %
NOUVELLE-ÉCOSSE	32,0 %
★ ÉTATS-UNIS ET ALLEMAGNE	34,2 %

DIVERSITÉ DES SOINS ET SERVICES (MULTIDISCIPLINARITÉ)



Dans les cliniques au Québec, la diversité des services est faible et il y a peu de multidisciplinarité. La diversité des professionnels qui travaillent dans les cliniques est faible (2 différentes professions en moyenne). De plus, le personnel infirmier n'est pas suffisamment impliqué dans la gestion des patients.

59 % des médecins de famille québécois affirment qu'une infirmière de la clinique participe à la gestion des patients atteints de maladies chroniques graves (165)

QUÉBEC	58,5 %
ALBERTA	59,0 %
★ ROYAUME-UNI	87,4 %

Entre 1975 et 2015, la part du budget consacré à la santé publique en Ontario et en Colombie-Britannique a plus que doublé.

Au Québec, cette part a diminué.

L'APPRÉCIATION DE LA GLOBALITÉ DES SOINS ET SERVICES S'APPUIE SUR 14 INDICATEURS.

Vaccins et dépistage : vaccin contre l'influenza (156), mammographie (157), test Pap (158), implication du médecin dans divers soins préventifs auprès des enfants et dans les soins palliatifs (167)

Pratiques cliniques préventives : promotion de saines habitudes de vie par les professionnels de la santé rapportée par les patients relativement à l'alimentation (159), l'activité physique (160), le tabagisme (161) et le stress (162); l'ensemble de ces pratiques rapportées par le médecin (168) et par le patient (169)

Diversité des soins et services : visites à domicile (163); nombre de professionnels de la santé qui travaillent à la clinique (164); activités du personnel infirmier; participation à la gestion des patients atteints de maladies chroniques graves (165), diverses tâches remplies de manière autonome par le personnel infirmier, comme l'immunisation ou la promotion de la santé (166)

6. Les soins et services produisent-ils les résultats escomptés?

► Résultats directement associés aux soins et services

Au Québec, les résultats reliés aux soins sont bons. Les soins de santé améliorent la santé de la population.

RÉSULTATS DE SANTÉ

Un système de santé performant contribue de manière importante à réduire les effets de la maladie et à améliorer la santé de la population. Son efficacité relève d'une réponse directe à des problématiques de santé par des soins et des services ainsi qu'aux besoins de santé et de bien-être de la population. Les résultats sont répartis selon deux catégories, soit ceux associés directement à une intervention du système de santé et ceux auxquels participe le système de santé, sans qu'ils puissent lui être directement attribuables (résultats distants).

Les résultats directement associés à une intervention du système de santé portent sur la mortalité à la suite d'une hospitalisation et sur les hospitalisations répétées en santé mentale. Ils portent également sur le sentiment de contrôle chez les patients face à leur santé à la suite d'une consultation dans une clinique.

Il est important de mesurer à quel point le système de santé et de services sociaux réussit à produire les résultats qui sont attendus ou escomptés. Les investissements et les interventions des différents intervenants doivent mener à des améliorations de la santé et du bien-être des Québécoises et des Québécois.



SCORE DU QUÉBEC

RÉSULTATS DIRECTEMENT ASSOCIÉS AUX SOINS ET SERVICES

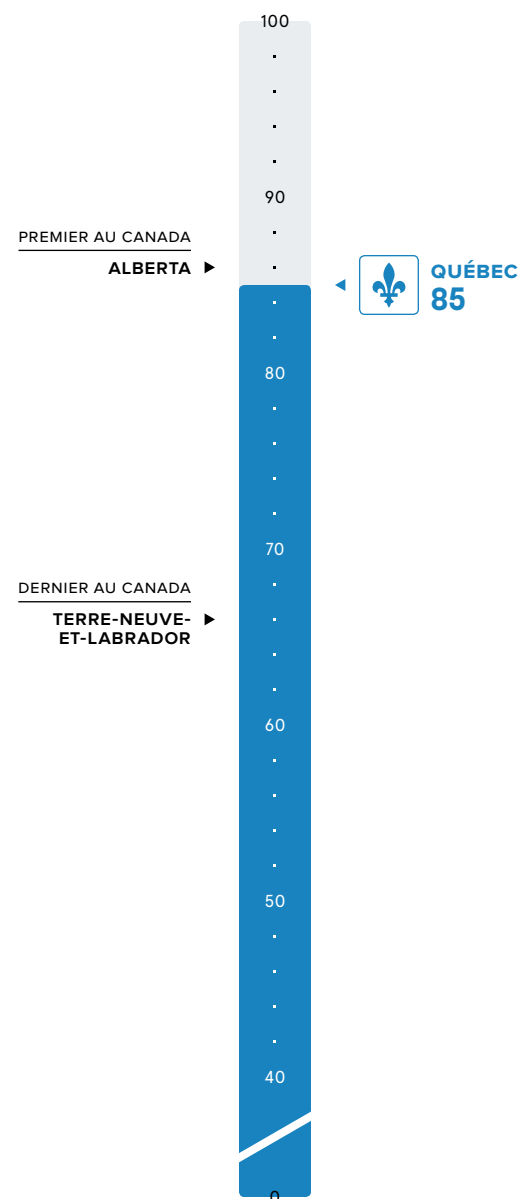


CLASSEMENT DU QUÉBEC

2^e AU CANADA



Données insuffisantes à l'international



SCORES DÉTAILLÉS

SANTÉ PHYSIQUE	● ● ● ○ ○
SANTÉ MENTALE	● ● ● ● ●
SENTIMENT DE CONTRÔLE CHEZ LES PATIENTS	● ● ● ● ●



SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés
à la meilleure province et au meilleur pays.
★ Indique le meilleur score.

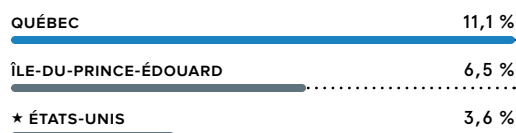
SANTÉ PHYSIQUE



Le Québec présente de bons résultats quant à la mortalité hospitalière en général.

Toutefois, le taux de mortalité hospitalière pour les patients admis pour un accident vasculaire cérébral est l'un des plus élevé au Canada et le plus élevé lorsque le Québec est comparé aux pays de l'OCDE.

11 % des patients hospitalisés pour un AVC qui reçoivent leur congé de l'hôpital décèdent dans les 30 jours suivant leur hospitalisation (228)



SANTÉ MENTALE



Au Québec, il y a relativement peu d'hospitalisations répétées pour des problèmes de santé mentale.

10 % des patients sont hospitalisés de manière répétée pour un problème de santé mentale (231)



SENTIMENT DE CONTRÔLE CHEZ LES PATIENTS



Au Québec, les médecins de famille réussissent à favoriser un plus grand sentiment de contrôle chez leurs patients face à leur santé.

Des efforts importants sont déployés pour offrir des soins et services de qualité aux patients atteints de cancer et faire le suivi des délais d'attente.

Mais il est actuellement impossible de tracer un portrait des résultats des soins reçus par ces patients en raison de la non disponibilité de données récentes et comparables.

Pourtant le cancer est la première cause de décès au Québec.

L'APPRÉCIATION DES RÉSULTATS ASSOCIÉS AUX SOINS S'APPUIE SUR 7 INDICATEURS.

Santé physique: mortalité hospitalière (227), mortalité hospitalière suivant un AVC (228), un infarctus (229) ou une chirurgie majeure (230)

Santé mentale: hospitalisations répétées en santé mentale (231)

Sentiment de contrôle chez les patients: accroissement du sentiment de confiance et de contrôle sur sa santé à la suite d'une consultation avec le médecin de famille ou un membre du personnel (232); accroissement du sentiment de confiance de savoir comment prévenir des problèmes de santé à la suite d'une consultation avec le médecin de famille ou un membre du personnel (233)

6. Les soins et services produisent-ils les résultats escomptés?

- **Santé de la population**
Au Québec, les indicateurs disponibles montrent que dans l'ensemble, l'état de santé de la population est bon par rapport aux autres provinces canadiennes et à d'autres pays comparables.

RÉSULTATS DE SANTÉ

Un système de santé performant contribue de manière importante à réduire les effets de la maladie et à améliorer la santé de la population. Son efficacité relève d'une réponse directe à des problématiques de santé par des soins et des services ainsi qu'aux besoins de santé et de bien-être de la population. Les résultats sont répartis selon deux catégories, soit ceux associés directement à une intervention du système de santé et ceux auxquels participe le système de santé, sans qu'ils puissent lui être directement attribuables (résultats distants).

Les résultats distants (santé de la population) portent sur la santé générale, comme l'espérance de vie et les maladies chroniques, sur les saines habitudes de vie, sur la santé mentale, comme le taux de suicide, et sur la santé infantile, comme la naissance de faible poids ou la mortalité.

Il est important de mesurer à quel point le système de santé et de services sociaux réussit à produire les résultats qui sont attendus ou escomptés. Les investissements et les interventions des différents intervenants doivent mener à des améliorations de la santé et du bien-être des Québécoises et des Québécois.

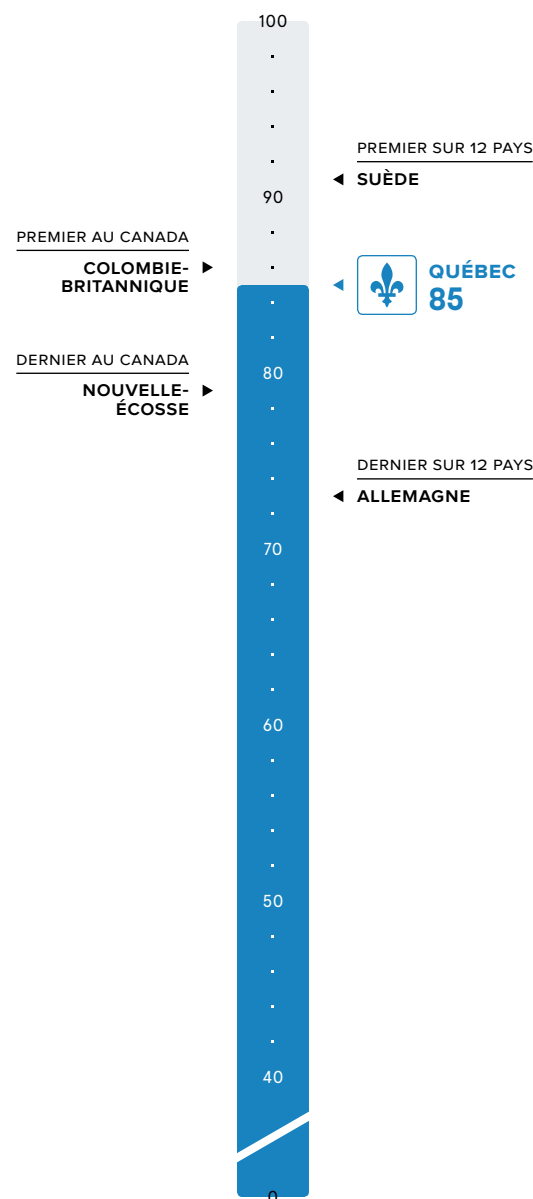


SCORE DU QUÉBEC

SANTÉ DE LA POPULATION



CLASSEMENT DU QUÉBEC



SCORES DÉTAILLÉS





SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés
à la meilleure province et au meilleur pays.
★ Indique le meilleur score.

SANTÉ GÉNÉRALE



L'espérance de vie au Québec est bonne et se situe dans la moyenne canadienne. Le Québec fait bonne figure en matière d'espérance de vie comparativement aux autres pays de l'OCDE.

Les Québécois de 65 ans ont une espérance de vie de **21 ans** (284)

QUÉBEC	20,8
COLOMBIE-BRITANNIQUE	20,8
★ FRANCE	21,5

HABITUDES DE VIE



Un effort pour contrer les habitudes de vie nocives pour la santé, comme le tabagisme et le manque d'activité physique, demeure souhaitable au Québec.

20 % des Québécois fument (242)

QUÉBEC	20,3 %
COLOMBIE-BRITANNIQUE	15,1 %
★ SUÈDE	10,8 %

48 % des Québécois sont sédentaires pendant leurs loisirs (237)

QUÉBEC	48,3 %
★ COLOMBIE-BRITANNIQUE	38,1 %

SANTÉ MENTALE



Le taux de suicide au Québec est inférieur à celui des autres pays et il est supérieur à la moyenne canadienne qui est de 10,6 pour 100 000 habitants.

Les trois quarts des Québécois se considèrent en bonne santé mentale et cette proportion est la plus élevée de toutes les provinces canadiennes.

Le taux de suicide au Québec est de **12** pour 100 000 habitants (248)

QUÉBEC	12,2
★ ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	5,8
ROYAUME-UNI	15,2

SANTÉ INFANTILE



Le Québec se situe dans la moyenne canadienne en ce qui a trait à la proportion des naissances de faible poids et à la mortalité infantile. Toutefois, plusieurs pays nordiques obtiennent des taux plus faibles de mortalité infantile que le Québec.

6 % de bébés nés au Québec sont de faible poids (234)

QUÉBEC	6,0 %
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	5,4 %
★ SUÈDE	4,4 %

Le taux de mortalité infantile au Québec est de **4** pour 1 000 naissances (235)

QUÉBEC	4,3
NOUVEAU-BRUNSWICK	4,2
★ NORVÈGE	2,0

L'espérance de vie est de **82,2 ans** dans l'ensemble du Québec.

Elle est plus élevée chez les femmes, soit **84,1 ans** alors qu'elle est de **80,2 ans** chez les hommes.

L'APPRÉCIATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE S'APPUIE SUR 28 INDICATEURS.

Santé générale : espérance de vie à la naissance (281, 282, 283), espérance de vie chez la population âgée actuellement de 65 ans et plus (284, 285, 286); perception de sa santé (253, 254, 255), maladies chroniques (256), prise de médicaments prescrits (257)

Habitudes de vie : inactivité physique (237), consommation quotidienne de fruits et légumes (238), obésité (241), tabagisme (242, 243, 244, 245), consommation d'alcool (246), allaitement (247)

Santé mentale : mortalité par suicide (248, 249, 250), blessure auto-infligée (251), perception de sa santé mentale (252)

Santé infantile : naissance de faible poids (234), mortalité infantile (235), mortalité néonatale (236)

7. Les Québécoises et les Québécois sont-ils traités de manière équitable quel que soit leur revenu ?

- Au Québec, il existe encore des disparités en matière de soins et services reçus et de résultats de santé entre les moins bien nantis et les mieux nantis.

ÉQUITÉ

Un système de santé public performant permet à tous les citoyens d'avoir un accès équitable à des soins et services de santé de qualité, indépendamment de la région où ils habitent, de leur revenu, de leur sexe ou d'autres caractéristiques sociodémographiques. L'équité est une des valeurs dominantes de la société québécoise et le système de santé et de services sociaux doit s'efforcer de réduire les iniquités observées en matière de santé et de bien-être.

L'équité est mesurée ici par les différences observées dans l'état de santé des personnes et dans la qualité des soins reçus en fonction du revenu des citoyens.

Il est important d'apprécier l'équité dans notre système de santé et de services sociaux puisqu'un manque d'équité peut accroître les problèmes de santé, particulièrement chez les personnes plus vulnérables.



SCORE DU QUÉBEC

ÉQUITÉ

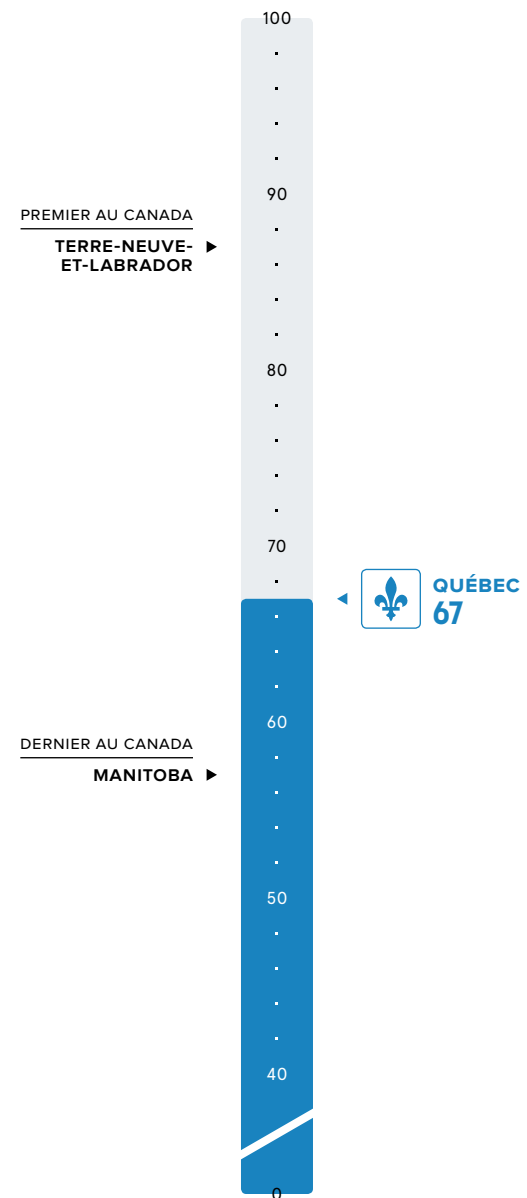


CLASSEMENT DU QUÉBEC

7^e AU CANADA



Données insuffisantes à l'international



SCORES DÉTAILLÉS





SCORES DÉTAILLÉS DU QUÉBEC ET QUELQUES EXEMPLES

Résultats du Québec comparés
à la meilleure province.
★ Indique le meilleur score.

ÉQUITÉ QUANT AU SUIVI DES PATIENTS



Au Québec, les personnes à faible revenu ont plus de risque d'être hospitalisées pour des conditions qui auraient pu être suivies par un médecin de famille ou le personnel de sa clinique.

Comparativement aux Québécois qui ont les revenus les plus élevés, la population à faible revenu a été hospitalisée **2,6 fois plus** pour des problèmes qui auraient pu être traités par un médecin de famille ou par le personnel de sa clinique (275)



ÉQUITÉ QUANT À LA QUALITÉ DES SOINS HOSPITALIERS



À l'hôpital, la qualité des soins ne semble pas affectée par le niveau de revenu des patients.

Au Québec, comparativement aux patients qui ont les revenus les plus élevés, les taux de réadmissions à l'hôpital pour les patients à faible revenu **ne sont pas différents** pour :

les soins chirurgicaux (276) et médicaux (277)



les soins obstétricaux (278)



les soins pédiatriques (279)



ÉQUITÉ QUANT À L'ÉTAT DE SANTÉ



Les Québécoises et les Québécois les plus pauvres ont plus de problèmes de santé mentale et de maladies cardiaques que les plus riches.

Allant dans le même sens, des données nationales montrent une disparité importante entre certains quartiers des villes du Québec quant à l'espérance de vie.

Comparativement aux Québécois qui ont les revenus les plus élevés, la population à faible revenu a été hospitalisée **2 fois plus** à la suite d'une blessure auto-infligée (264)



Comparativement aux Québécois qui ont les revenus les plus élevés, la population à faible revenu a été hospitalisée **1,5 fois plus** à la suite d'une crise cardiaque (265)



Au Québec,
l'espérance de vie
n'est pas la même
partout :

À MONTRÉAL

75,8 ans
Hochelaga-Maisonneuve
85,9 ans
Mont-Royal

À QUÉBEC

76,3 ans
Québec-Basse-Ville
82,8 ans
Sainte-Foy-Sillery

Source : Infocentre-INSPQ

L'APPRÉCIATION DE L'ÉQUITÉ S'APPUIE SUR 8 INDICATEURS.

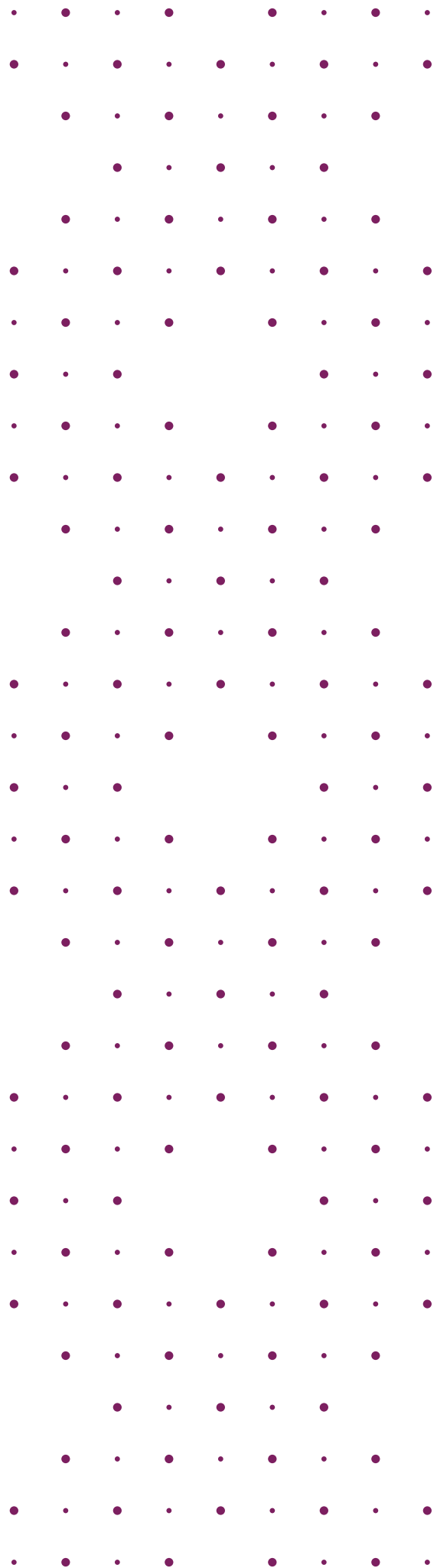
Équité quant au suivi des patients : patients hospitalisés pour des conditions qui auraient pu être prévenues par des soins de première ligne, selon le revenu (275)

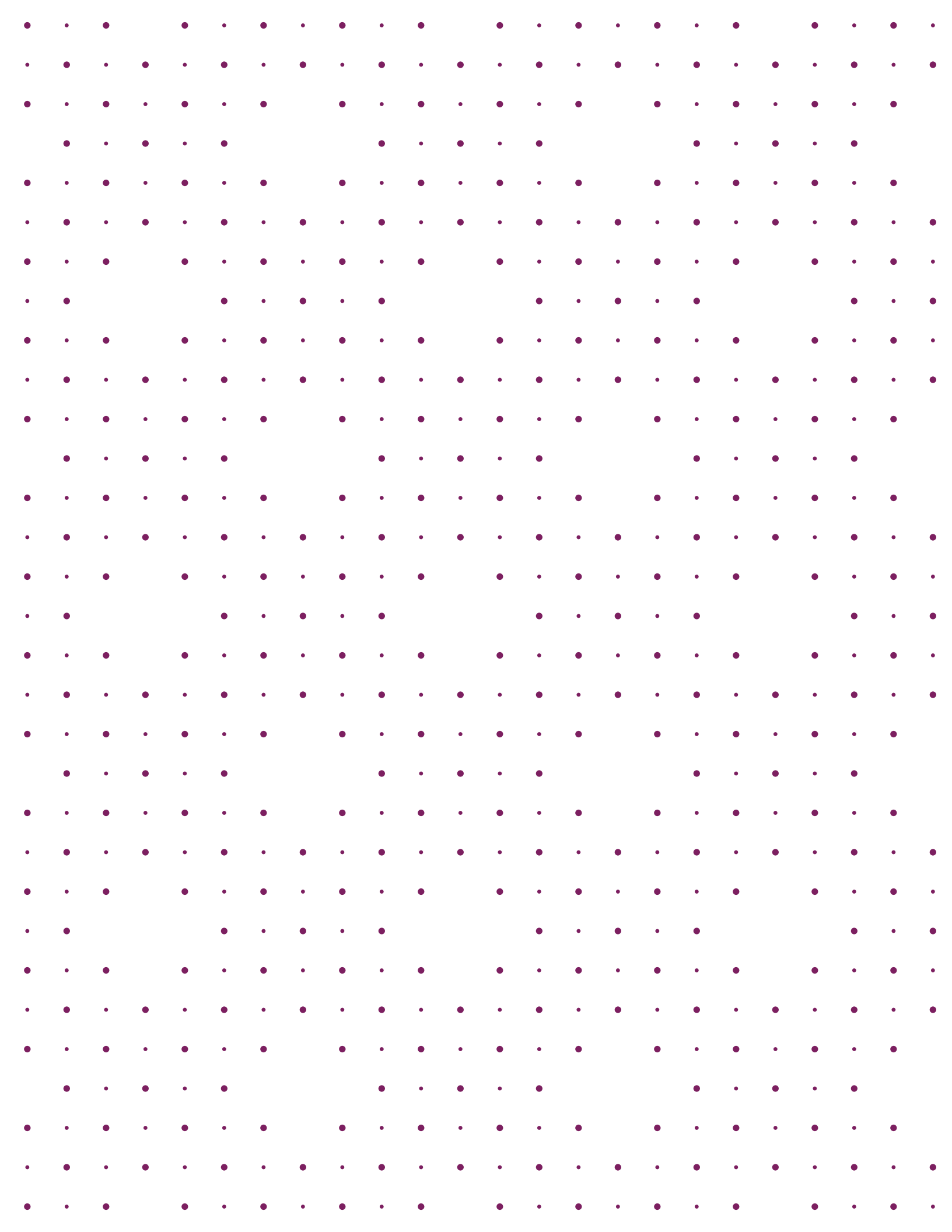
Équité quant à la qualité des soins hospitaliers : taux de réadmission de patients hospitalisés pour des soins chirurgicaux, médicaux, obstétricaux et pédiatriques, selon le revenu (276, 277, 278, 279)

Équité quant à l'état de santé : taux d'hospitalisation pour une blessure auto-infligée et une crise cardiaque, selon le revenu (264, 265)

Équité de ressources : dépenses publiques générales de santé, en % du total des dépenses de santé (280)

Bilan de performance et pistes de réflexion





Bilan de performance et pistes de réflexion

Cette section vise à comprendre les résultats de l'état de la performance du système de santé et de services sociaux québécois en mettant en relation certains éléments, plus particulièrement les facteurs qui affectent l'accessibilité, une préoccupation récurrente du système de santé au Québec.

Dans les pages précédentes, nous vous avons présenté l'état de la performance du système de santé et de services sociaux québécois qui est synthétisé dans le *tableau 1*. On constate donc que la performance du système de santé et de services sociaux québécois est variable selon les dimensions étudiées.

Le Québec fait très bonne figure dans certains domaines, comme l'humanisation des soins, la diversité et la gamme de soins et services offerts aux patients et les résultats de santé. De plus, la qualité des soins médicaux est appréciable dans son ensemble.

Certains défis demeurent toutefois présents, que ce soit les difficultés d'accès qui perdurent, la continuité des soins et services qui doit être améliorée ou le manque d'équité.

Le système est complexe. Pour en apprécier la performance, il est nécessaire de mettre en relation différents éléments et d'évaluer leurs répercussions les uns sur les autres. Certaines hypothèses explicatives sont fréquemment soulevées, que ce soit dans la littérature scientifique ou par les experts du domaine. La partie qui suit jette un regard sur ces éléments pour ensuite évaluer leur potentiel d'influence sur les enjeux actuels.

TABLEAU 1
RÉSULTAT GLOBAL POUR CHACUN DES ÉLÉMENTS ÉTUDIÉS

DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE		QUESTIONS D'INTÉRÊT ABORDÉES	SCORE GLOBAL
Accessibilité	Accessibilité organisationnelle	1. Les Québécois ont-ils accès aux soins et services lorsqu'ils en ont besoin ?	63,1
	Accessibilité financière		78,9
Qualité technique		2. Les soins médicaux offerts à la population sont-ils bons ?	78,7
Humanisation des soins		3. Les Québécois sont-ils traités avec respect et impliqués dans les choix concernant leurs soins ?	81,7
Continuité-coordination		4. Le suivi des patients est-il adéquat ?	54,8
Globalité des soins		5. Le système offre-t-il une gamme appropriée de soins et services ?	81,6
Résultats de santé	Résultats directs	6. Les soins et services donnent-ils les résultats escomptés ?	84,8
	Santé de la population		85,4
Équité		7. Les Québécois sont-ils traités de manière équitable quel que soit leur revenu ?	67,1

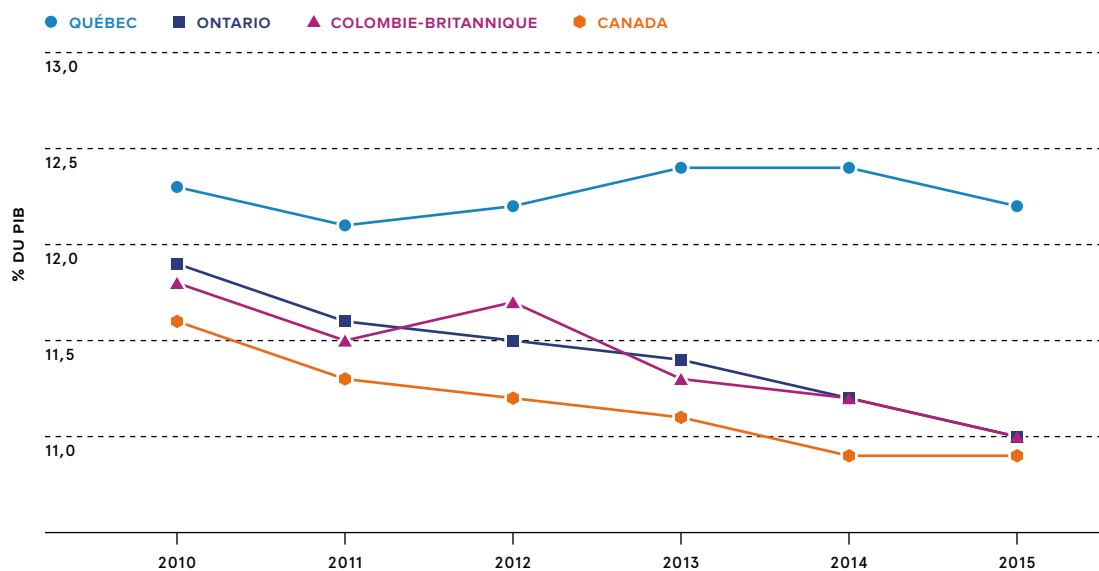
1. Les dépenses en santé

LE NIVEAU DE DÉPENSES EN SANTÉ

La santé et les services sociaux représentent la plus grande part des dépenses publiques, soit près de 50 %² de l'ensemble des dépenses de programmes du gouvernement du Québec en 2016-2017, et constituent une part importante du PIB. La *figure 2* montre l'évolution des dépenses de santé par habitant au Québec en pourcentage du PIB entre 2010 et 2015.

On observe que, comparativement à la moyenne canadienne, le Québec consacre une part un peu plus importante de son PIB à la santé.

FIGURE 2
ÉVOLUTION DES DÉPENSES EN % DU PIB ENTRE 2010 ET 2015



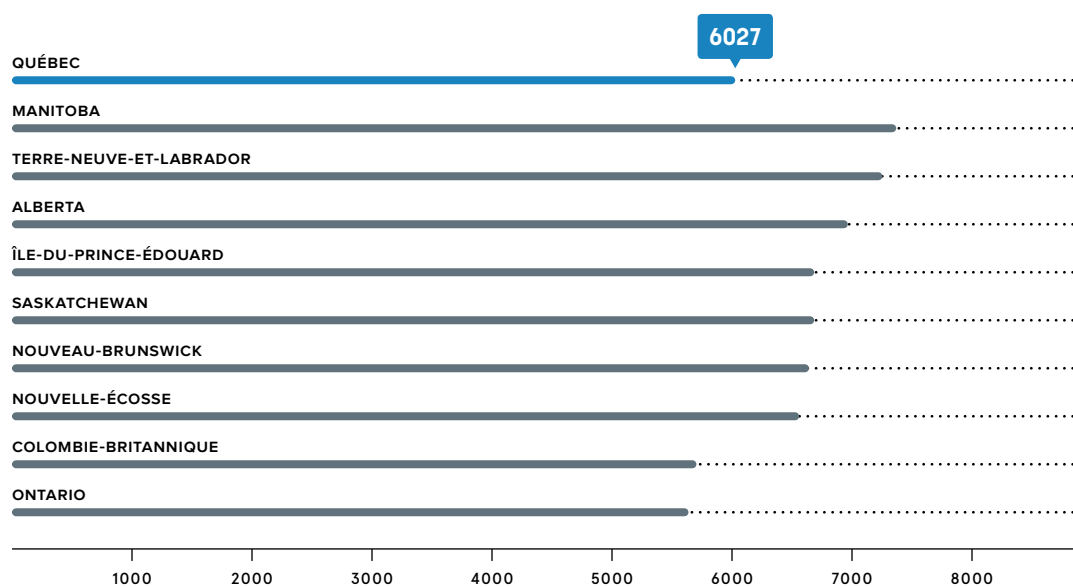
Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*.

² Ce pourcentage est de 30 %, si l'on tient compte de l'ensemble des dépenses du gouvernement du Québec (les programmes et les autres dépenses, comme les ajustements de consolidation, mais qui excluent les frais de la dette). INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*.

Cependant, lorsqu'on tient compte du coût de la vie dans les montants investis (*figure 3*), les dépenses en santé au Québec sont dans la moyenne canadienne, bien que légèrement plus élevées que celles de l'Ontario et de la Colombie-Britannique.

Par rapport aux pays de l'OCDE, les dépenses totales en santé au Québec sont moindres, le Québec étant au 10^e rang sur 12.

FIGURE 3
DÉPENSES DE SANTÉ PAR HABITANT DANS LES PROVINCES CANADIENNES
EN DOLLARS CANADIENS AJUSTÉES AU COÛT DE LA VIE (2015)



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015* ; Statistique Canada, CANSIM, tableau 326-0015.

LA RÉPARTITION DES DÉPENSES

La façon dont les dépenses sont réparties entre les différents services de santé et les services sociaux influence beaucoup le rendement ou la performance d'un système de santé ; il s'agit donc d'un facteur à examiner de près. Comme les autres provinces canadiennes depuis les 30 dernières années, le Québec a réduit considérablement la proportion de ses dépenses qui vont aux hôpitaux et autres établissements. Ces sommes semblent avoir été transférées vers les médicaments. En effet, la proportion des dépenses attribuée aux médicaments a plus

que doublé depuis 1975, comme l'indique le [tableau 2](#). Un déplacement des sommes vers des services ambulatoires (hors de l'hôpital) et des services à domicile pourrait probablement pallier certains problèmes identifiés, notamment améliorer l'accessibilité. Par ailleurs, la proportion des dépenses consacrée à la santé publique a significativement diminué dans les dernières années, alors qu'elle a minimalement doublé dans d'autres provinces.

TABEAU 2
RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ (1975 ET 2015)

DÉPENSES	QUÉBEC		ONTARIO		COLOMBIE-BRITANNIQUE	
	1975	2015	1975	2015	1975	2015
Hôpitaux/autres établissements	54,9	40,0	55,0	38,7	47,3	38,6
Médecins	14,5	15,4	16,0	16,4	18,1	15,0
Médicaments	8,5	19,3	8,4	16,7	9,8	12,2
Santé publique	3,8	2,8	2,2	5,8	4,0	8,0

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*.

En conclusion, bien que les coûts en santé soient élevés au Québec, ils ne sont pas disproportionnés et sont même moindres que ceux engagés dans d'autres provinces ou pays. Il est possible que les investissements totaux en santé soient suffisants, mais que la répartition des dépenses soit un facteur contributif aux difficultés d'accès.

2. Les ressources humaines et matérielles en santé et services sociaux

Les intervenants de la santé et des services sociaux sont le fondement du système québécois. Les pénuries de personnel réelles ou appréhendées dans certains secteurs font régulièrement la manchette. Il est donc tout à fait pertinent de regarder si nous disposons de suffisamment de personnel pour répondre aux besoins de la population.

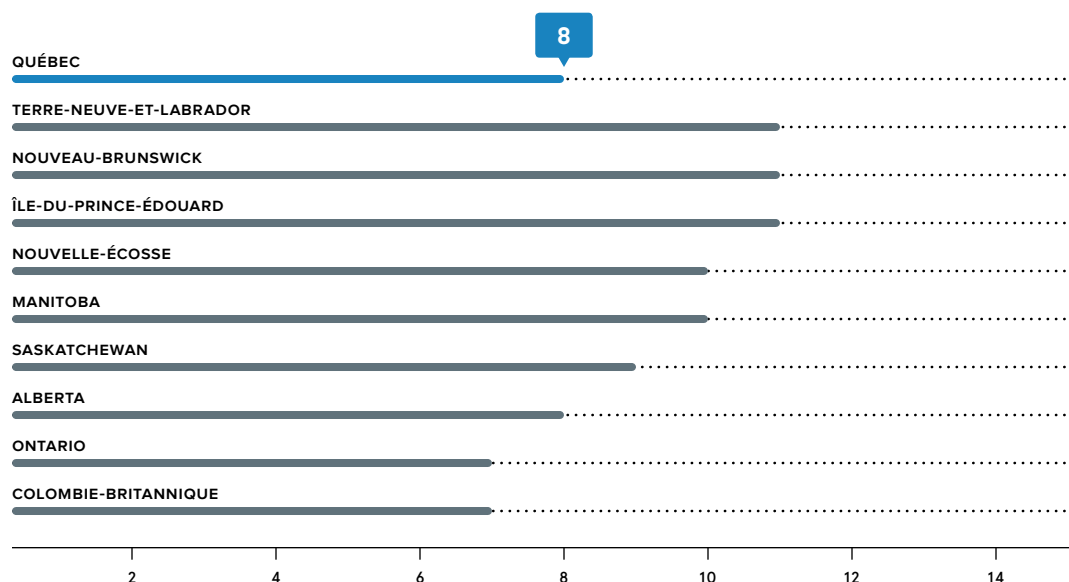
La comparaison avec les autres provinces canadiennes est aussi intéressante puisque ces systèmes partagent beaucoup de caractéristiques communes avec le Québec.

Cependant, ces données ne sont disponibles que pour le personnel infirmier et les médecins.

LE PERSONNEL INFIRMIER

Au Québec, le nombre d'infirmières ou d'infirmiers (*figure 4*) se compare favorablement à celui de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et de l'Alberta. Il est cependant inférieur à celui des autres provinces canadiennes.

FIGURE 4
NOMBRE D'INFIRMIÈRES OU D'INFIRMIERS PAR 1 000 HABITANTS (2014)



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données sur la main-d'œuvre de la santé*.

Le nombre d'infirmières et d'infirmiers fournit une information utile, mais sommaire. Au-delà du nombre, la répartition de ce type de professionnel entre les différents milieux de pratique, de même que leurs tâches, peut permettre de comprendre les difficultés liées à l'accessibilité. Toutefois, de telles données comparatives ne sont pas disponibles.

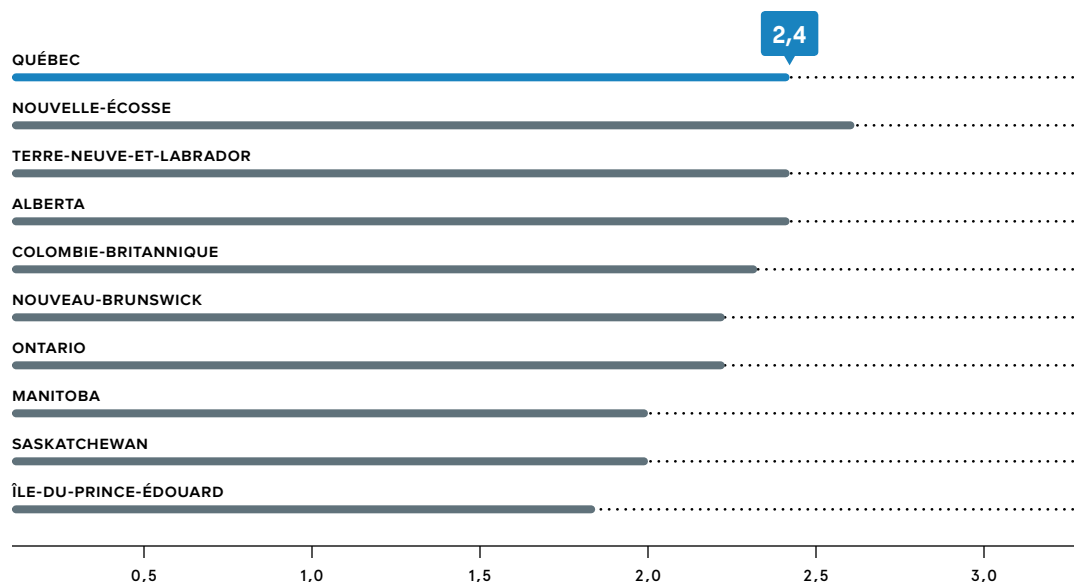
Au Québec, la grande majorité du personnel infirmier, soit 84,4 %, œuvrent dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux. Plus de 88 % de ces infirmières et infirmiers occupent des fonctions cliniques en 2015-2016, principalement comme infirmière ou infirmière clinicienne.

Depuis plus de 10 ans maintenant, la profession d'infirmière praticienne spécialisée (IPS) est permise au Québec. L'apport des IPS à l'amélioration de l'accès aux soins et services, de la qualité des soins, de la prise en charge et du suivi de la clientèle, notamment des personnes ayant une maladie chronique, est largement démontré. Au Québec, ce nombre est passé de 149, en 2011-2012, à 365 en 2015-2016, ce qui représente 0,5 % de l'effectif infirmier. En comparaison, l'Ontario comptait 2 407 IPS en 2015, soit 2,5 % de l'effectif infirmier (QSSO, 2016).

LES MÉDECINS

La **figure 5** montre qu'au Québec, le nombre de médecins est sensiblement le même que dans les autres provinces canadiennes. Toutefois, le Québec se distingue par la proportion plus élevée de médecins spécialistes, alors que les autres provinces comptent davantage de médecins de famille.

FIGURE 5
NOMBRE DE MÉDECINS PAR 1 000 HABITANTS (2015)



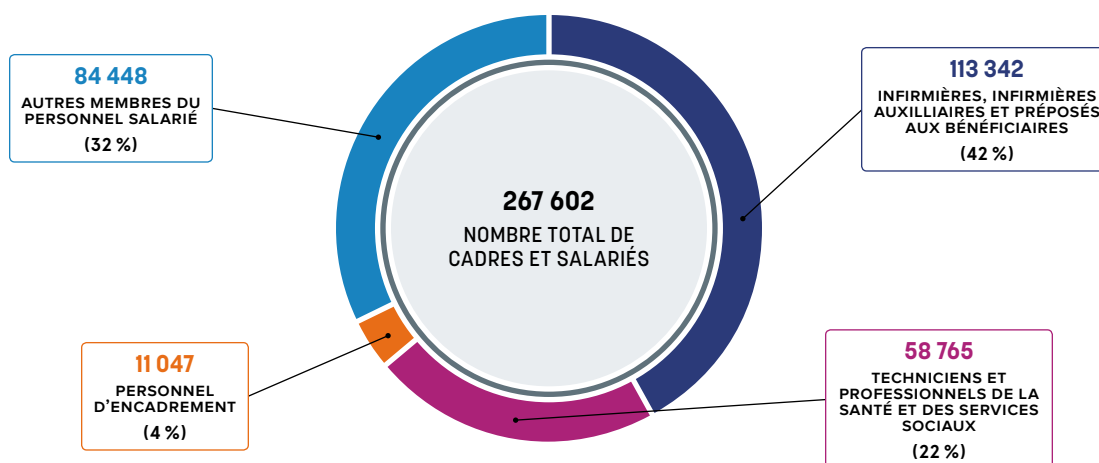
Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER)*.

Le nombre de médecins à lui seul fournit cependant une information limitée. Le Québec se distingue aussi par le nombre d'heures travaillées en clinique par semaine par les médecins de famille. Il présente le plus faible nombre d'heures, tant au Canada que dans tous les pays de l'OCDE, ce qui peut sans doute contribuer à une faible accessibilité aux soins. Il faut cependant considérer le fait qu'au Québec, les médecins omnipraticiens doivent réaliser un certain nombre d'heures d'activités médicales particulières (AMP) qui se font essentiellement hors cabinet. Ces AMP varient de 6 à 12 heures par semaine, selon les années de pratique du médecin.

Évidemment, d'autres types d'intervenants œuvrent dans le réseau et leur apport est tout aussi indispensable. Ainsi, en 2015-2016, le réseau de la santé et des services sociaux du Québec dispose d'un effectif de 267 602 intervenants comprenant 113 342 infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires ; 58 765 techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux ; 11 047 cadres et 84 448 autres intervenants salarié (figure 6).

FIGURE 6

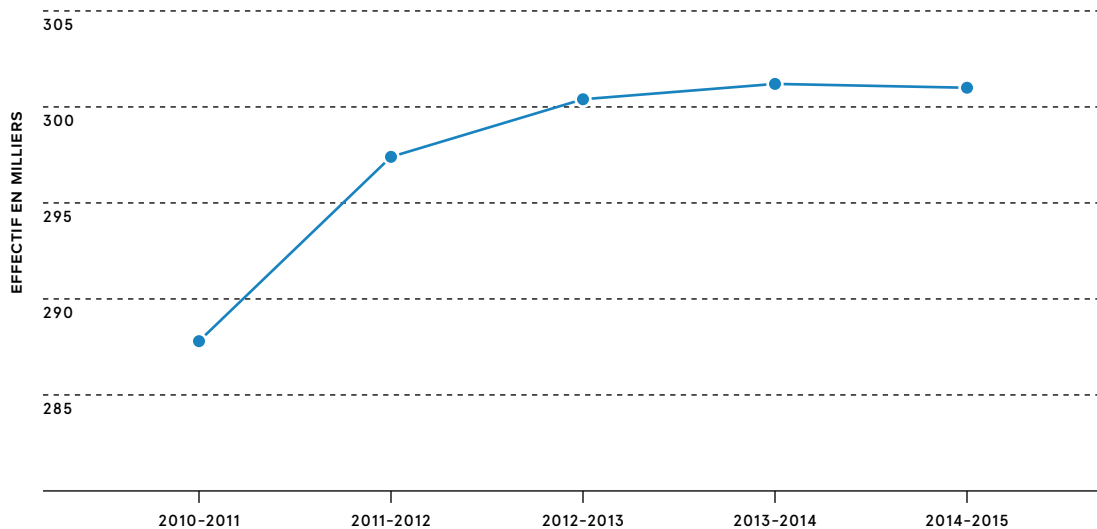
CADRES OU SALARIÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (31 MARS 2015)



Source : Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), *Comptes de la santé 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016*.

La *figure 7* indique l'évolution de l'effectif total du réseau de la santé et des services sociaux³ au cours des dernières années. Nous observons qu'il est stable depuis 2012-2013.

FIGURE 7
ÉVOLUTION DE L'EFFECTIF DU RÉSEAU ENTRE 2010 ET 2015



Source : Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), *Comptes de la santé 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013* et *Comptes de la santé 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016*.

³ L'effectif total inclut le personnel du réseau de la santé et des services sociaux, les professionnels touchant une rémunération à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (principalement les médecins ainsi que les dentistes, les optométristes et les pharmaciens, le personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Office des personnes handicapées du Québec).

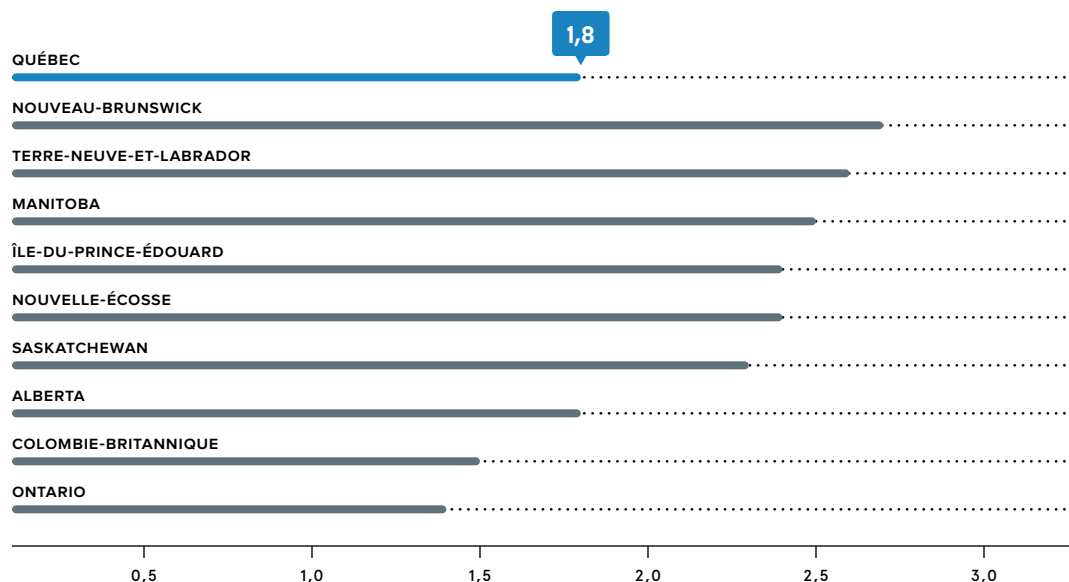
LES RESSOURCES MATÉRIELLES

Les ressources matérielles, dont dispose le système pour offrir les soins et services requis, sont un autre élément qui peut expliquer les difficultés d'accès. Le nombre de lits d'hôpitaux ou d'hébergement ou encore le nombre et l'utilisation des salles d'opération ou d'appareils de radiodiagnostic en sont quelques exemples. La *figure 8* présente le nombre de lits d'hôpitaux de courte durée par 1 000 habitants au Canada.

Elle indique que le Québec se situe dans la moyenne canadienne. Il faut toutefois noter que le Québec et le Canada font partie des pays qui ont le plus faible ratio de lits par habitant. Le nombre de lits d'hôpitaux a diminué de moitié au cours des 20 dernières années. Cette réduction a été menée, entre autres, afin de diminuer les coûts et de rapprocher les services des citoyens en offrant des services plus près des lieux où ils habitent.

FIGURE 8

NOMBRE DE LITS D'HÔPITAUX DE COURTE DURÉE PAR 1 000 HABITANTS (2013-2014)



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données canadienne SIG (BDCS)*.

Pourtant, ce faible nombre de lits ne semble pas compensé par une plus grande intensité de services ambulatoires (hors de l'hôpital). En effet, l'utilisation par les Québécoises et les Québécois des services des omnipraticiens est de loin le plus faible de toutes les provinces canadiennes.

Par ailleurs, le Québec est bien pourvu d'appareils de haute technologie. Au Canada, il se situe au 1^{er} rang pour le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et au 5^e rang pour le nombre d'appareils de tomodensitométrie (TDM) par habitant.

En conclusion, la disponibilité des ressources humaines et matérielles au Québec est comparable à la situation observée dans les autres provinces canadiennes, mais inférieure à celle observée dans les autres pays comparables, et ce, pour tous les types de ressources. Globalement, la pression grandissante sur des ressources existantes peut affecter la performance de notre système et demande qu'une attention particulière soit portée à l'organisation et à la production de services en vue de les optimiser.

3. L'organisation et la production de soins et de services

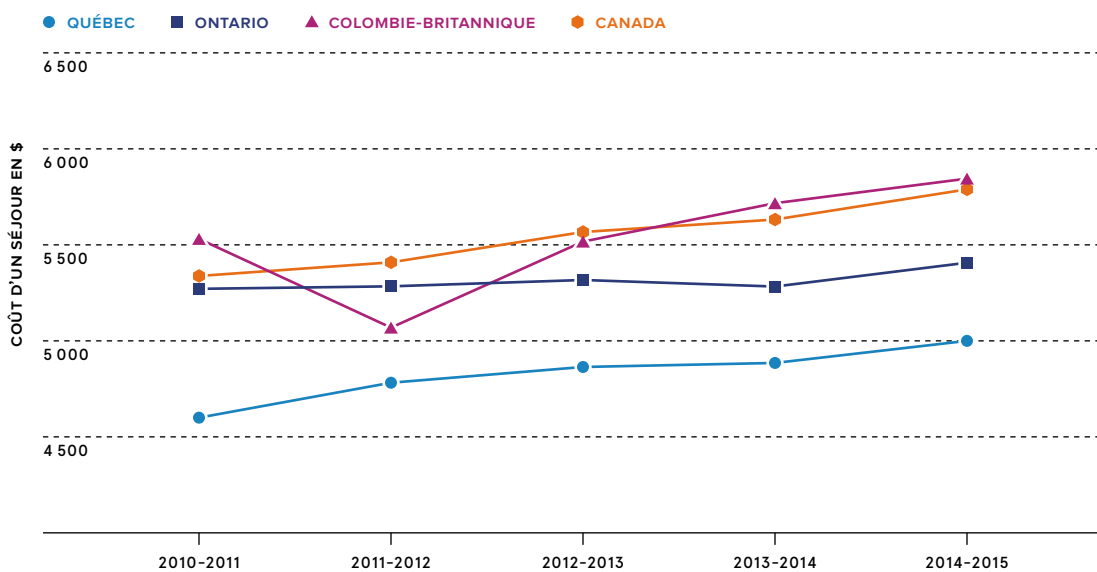
Au-delà de la disponibilité des ressources, l'organisation et le processus de production des soins et services ont une influence majeure sur la performance du système de santé. Les ressources sont-elles utilisées avec un niveau d'intensité approprié et efficient pour répondre aux impératifs de soins et de services dans les meilleurs délais? Dans cette section, nous examinerons la productivité de l'hôpital, les coûts médicaux et l'utilisation des technologies de l'information.

LA PRODUCTIVITÉ À L'HÔPITAL

Comparativement à d'autres provinces et pays, le secteur hospitalier semble utiliser les ressources qui lui sont octroyées de manière optimale afin de produire des services à un moindre coût. En effet, au Québec, une hospitalisation coûte moins cher que dans toutes les autres provinces canadiennes (figure 9). Les durées moyennes de séjour à l'hôpital au Québec, tant pour les causes médicales que chirurgicales les plus fréquentes, se situent dans la moyenne canadienne.

Les coûts sont demeurés globalement stables au cours des dernières années. De plus, les temps de séjour à l'hôpital semblent appropriés et les services de supports, tels les services diagnostiques et la pharmacie, sont déployés avec un souci d'optimisation.

FIGURE 9
ÉVOLUTION DU COÛT D'UN SÉJOUR STANDARD À L'HÔPITAL ENTRE 2010 ET 2015

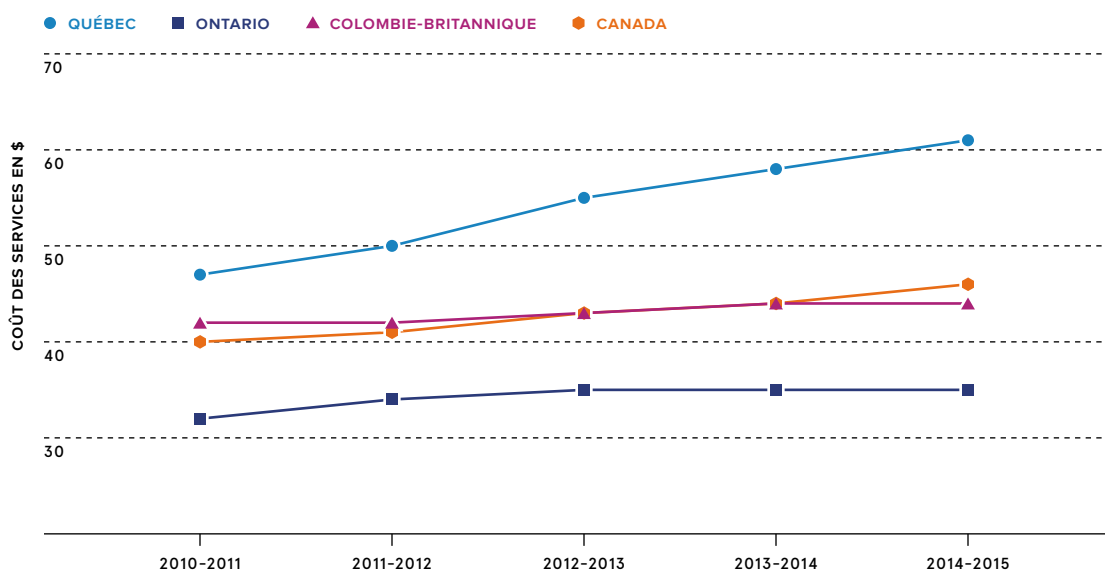


Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données sur les congés des patients (BDGP)*, *Base de données canadienne SIG (BDCS)*.

LE COÛT DES SERVICES MÉDICAUX

La position du Québec par rapport à l'utilisation des ressources dans le secteur des services médicaux est nettement moins favorable. Les services des médecins de famille sont beaucoup plus coûteux au Québec que dans presque toutes les autres provinces canadiennes, comme l'indique la *figure 10*.

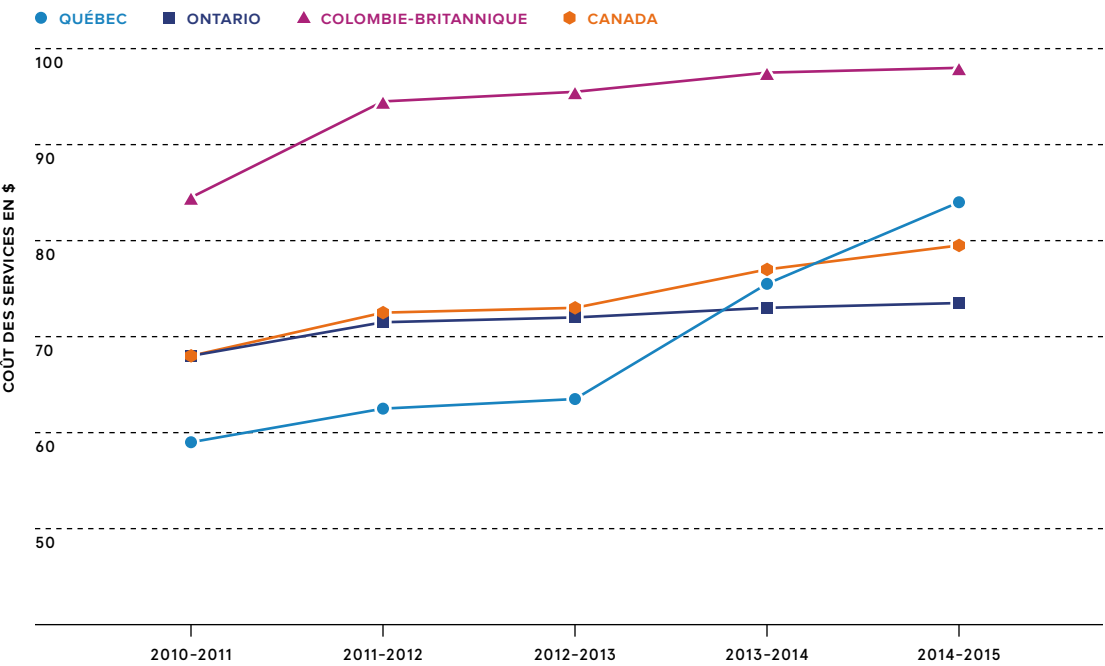
FIGURE 10
ÉVOLUTION DU COÛT PAR SERVICE DES MÉDECINS DE FAMILLE ENTRE 2010 ET 2015



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données nationale sur les médecins*.

Cette tendance est aussi observée depuis quelques années, mais dans un moindre degré pour les services médicaux spécialisés (*figure 11*).

FIGURE 11
ÉVOLUTION DU COÛT PAR SERVICE DES MÉDECINS EN SPÉCIALITÉ MÉDICALE ENTRE 2010 ET 2015



Source: Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Base de données nationale sur les médecins*.

L'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA TÉLÉCOMMUNICATION (TIC) DANS LES SOINS ET LES SERVICES

L'utilisation de certaines technologies de l'information et des communications couramment accessibles, notamment en clinique, a permis, dans de nombreux pays, d'améliorer la qualité des soins et des services et de produire davantage avec les ressources existantes. Une bonne utilisation de cette technologie peut contribuer à améliorer l'accessibilité et la continuité des soins et services. D'ailleurs, les systèmes de santé performants dans le monde sont très largement informatisés depuis plusieurs années.

Cette technologie est utile, car elle permet, entre autres, de réduire les délais dans la transmission et la réception des résultats d'examen ou de tests diagnostiques, de faciliter le transfert d'information au sujet d'un patient entre les professionnels de la santé, d'éviter des erreurs de médication et de mieux communiquer avec les patients.

Les médecins au Québec utilisent très peu ces technologies, à la fois dans leur pratique clinique, dans leurs communications avec leurs collègues médecins ou avec leurs patients (*tableau 3*). Le Québec accuse un retard par rapport aux autres provinces canadiennes. Ce retard est encore plus important lorsque le Québec est comparé aux pays de l'OCDE.

Le fait que le Québec affiche un retard marqué quant à l'utilisation des technologies chez les médecins de famille et les cliniques est un facteur qui contribue au portrait mitigé de performance.

TABLEAU 3
UTILISATION DES TECHNOLOGIES INFORMATIQUES PAR LES MÉDECINS (2015)

	QC	ON	CB	PAYS QUI FAIT LE MIEUX	CANADA	PAYS OCDE
Pourcentage des médecins qui utilisent les dossiers médicaux électroniques (20)	61 %	78 %	83 %	Nouvelle-Zélande 100 %	7 ^e	10 ^e
Pourcentage des médecins québécois qui peuvent générer une liste de tous les médicaments pris par un patient (27)	56 %	54 %	60 %	Royaume-Uni 96 %	5 ^e	10 ^e
Pourcentage des médecins québécois qui utilisent des requêtes électroniques d'examen de laboratoire (21)	19 %	50 %	39 %	Suède 97 %	7 ^e	11 ^e

Source : Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), *Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2015*.

Au cours des dernières années, des efforts considérables ont été faits au Québec afin de soutenir l'informatisation accélérée du réseau et des cabinets médicaux, notamment par des investissements et des programmes de subventions visant à moderniser la pratique des omnipraticiens.

Par exemple, l'implantation du dossier médical électronique (DME) dans les cabinets médicaux s'est accélérée au cours des dernières années et le pourcentage de médecins qui utilisent des dossiers médicaux électroniques est passé de 20 % en 2009 à 35 % en 2012 ; puis, à 61 % en 2015. Cette amélioration est appréciable.

Cependant, les autres provinces ou pays se sont aussi améliorés durant cette période, ce qui fait que le Québec demeure parmi les derniers à ce chapitre. Les travaux des prochaines années devront permettre de finaliser le déploiement de l'informatisation dans l'ensemble des cabinets médicaux. La finalisation de l'implantation du Dossier santé Québec, un outil qui permet aux médecins et à d'autres professionnels de la santé d'avoir accès à des renseignements jugés essentiels pour intervenir rapidement et assurer un suivi de qualité auprès de leurs patients, apparaît nécessaire.

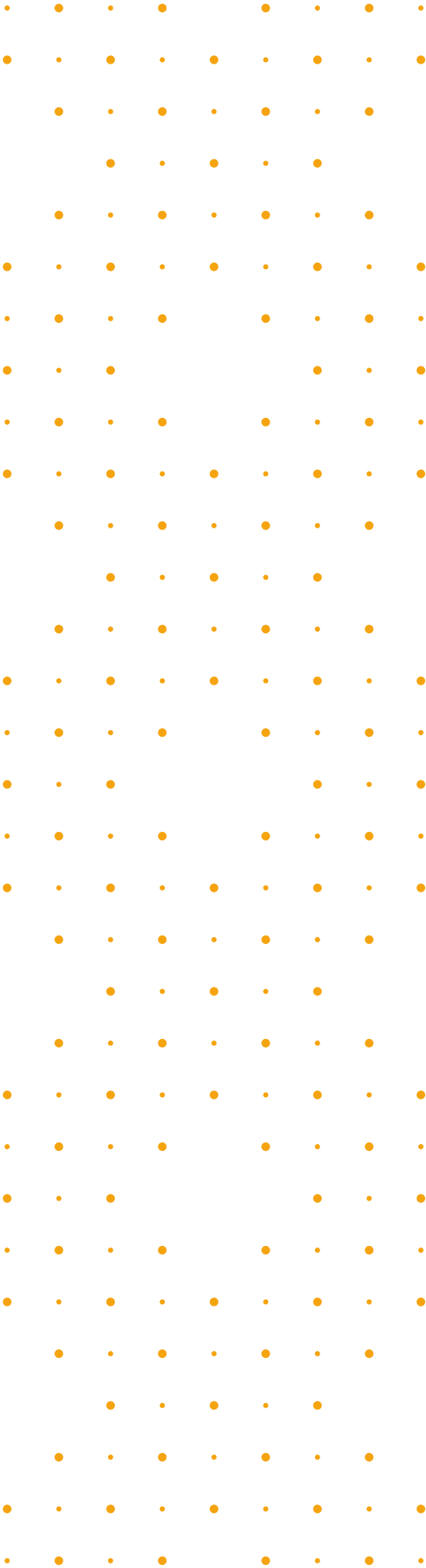
En résumé, selon les indicateurs disponibles, la disponibilité des ressources ne semble pas être le principal facteur pour expliquer la performance du système de santé.

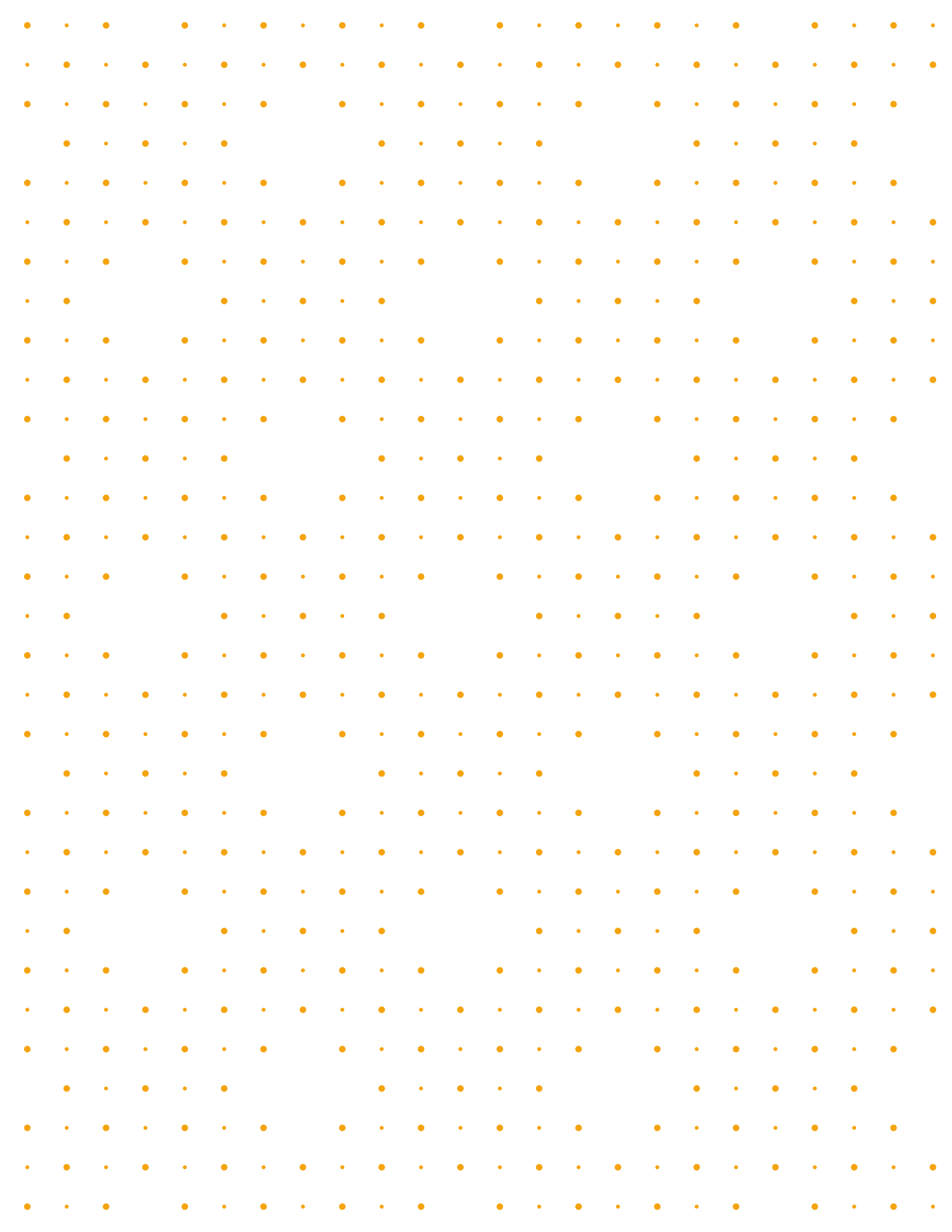
En effet, on observe que, comparativement à plusieurs autres pays ou provinces, le secteur hospitalier québécois semble disposer de ressources adéquates.

Par contre, la position du Québec par rapport à la gestion et à l'utilisation des ressources est nettement moins favorable, notamment en ce qui a trait aux médecins de famille.

Par ailleurs, le fait que le Québec affiche un retard marqué quant à l'utilisation des technologies de l'information et de la télécommunication est certainement un des facteurs contribuant au portrait mitigé de performance.

Conclusion





Conclusion

Le présent rapport porte un regard sur la performance du système de santé et de services sociaux québécois.

On y compare le Québec avec les autres provinces canadiennes et, lorsque les données le permettent, avec des pays de l'OCDE.

Un regard croisé de différentes dimensions de la performance permet d'apporter un éclairage sur certaines préoccupations exprimées par les citoyens au sujet du système public de santé et de services sociaux.

Il est important de noter que les services sociaux n'ont pas réellement été intégrés dans l'analyse de la performance du système, étant donné le manque de disponibilité de tels indicateurs, soit aux niveaux national, provincial ou international.

L'analyse des résultats montre un bilan globalement positif de la performance du système de santé québécois et montre qu'il se présente parmi les meilleurs au monde.

Effectivement, dans l'ensemble, le Québec fait bonne figure en ce qui a trait à l'état de santé de sa population, aux bons résultats de soins hospitaliers et à la qualité technique des soins, tant sur les plans de la sécurité et de la pertinence que sur celui des bonnes pratiques. On observe également une bonne relation entre les médecins de famille et leurs patients, en matière de respect et de qualité de la communication.

Cependant, quelques défis de taille demeurent très présents au Québec, notamment en accessibilité et en continuité.

- Les temps d'attente pour avoir accès aux soins sont souvent trop longs, que ce soit pour consulter un médecin de famille ou un médecin spécialiste, pour passer des tests diagnostiques ou pour avoir une chirurgie non priorisée par les politiques gouvernementales.
- L'information ne suit pas nécessairement le patient dans son parcours à l'intérieur du système de santé. Il y a peu de partage d'information entre les professionnels de la santé concernant le patient, particulièrement de la part du médecin spécialiste vers le médecin de famille.
- Le coût des services médicaux offerts par les médecins de famille est particulièrement élevé, soit 1,7 fois plus que les mêmes services selon la moyenne canadienne et ils sont moins disponibles en dehors des heures régulières (soirs et fins de semaine).

Une autre préoccupation tient à l'iniquité documentée relativement au suivi des patients et aux résultats de santé pour les personnes ayant les revenus les plus faibles. Il s'agit d'un enjeu de taille qui devrait être au centre des préoccupations du système public québécois. Les populations vulnérables ont davantage besoin de services et ces besoins non comblés exacerbent leur condition défavorable. Ce manque d'équité va à l'encontre de la solidarité, valeur chère à la société québécoise.

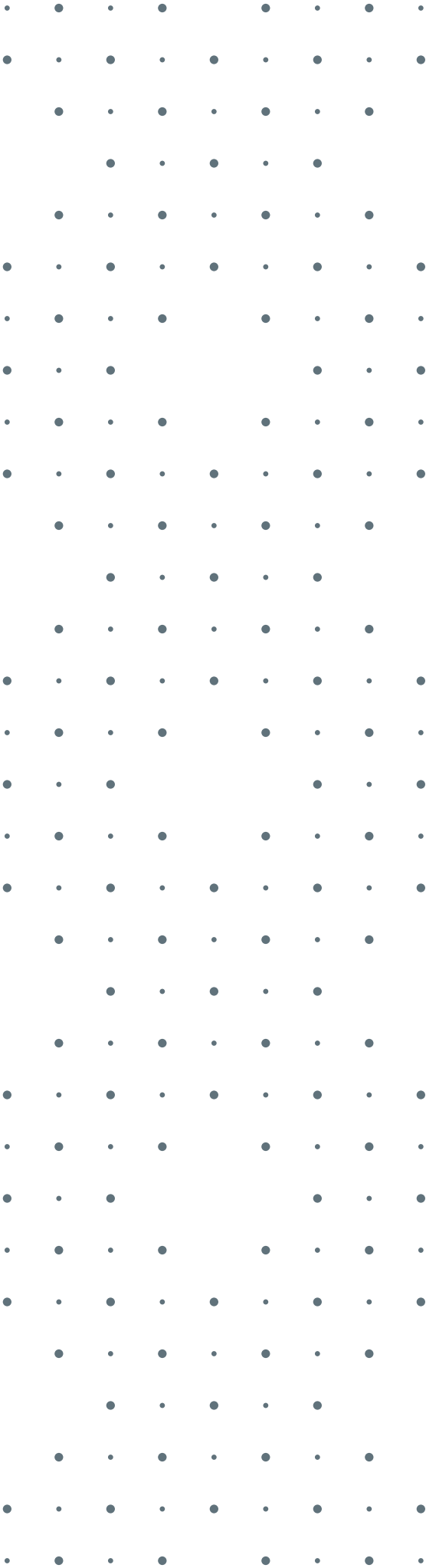
Il est aussi important de s'attarder à ces défis, car ces éléments pourraient fragiliser la bonne performance globale du système telle que mesurée.

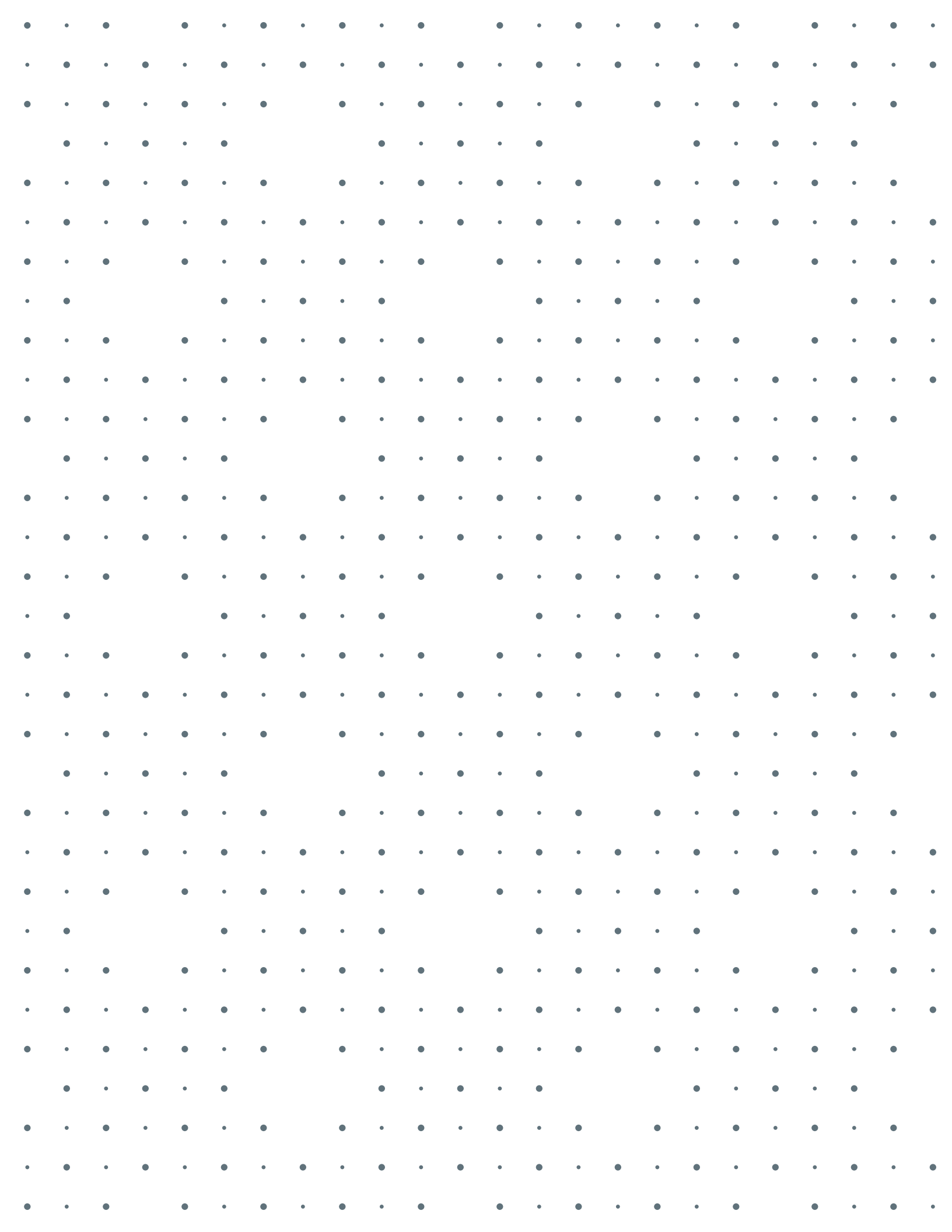
Ce rapport met l'accent sur certains défis du système public qui reflètent les préoccupations exprimées couramment par les citoyens, à savoir si le système coûte trop cher, s'il dispose de suffisamment de ressources pour répondre aux besoins et finalement, si l'organisation des soins et des services est bonne.

Comme les travaux d'appréciation du Commissaire à la santé et au bien-être l'ont souvent démontré par le passé, les difficultés du système ne semblent pas liées à une enveloppe budgétaire insuffisante, à un manque de ressources humaines et encore moins à un manque de ressources matérielles. Elles seraient plutôt liées à l'organisation des soins et des services et à la répartition des ressources financières et humaines.

Ce rapport a pour objectif d'informer la population générale à l'égard de la performance de son système. Il fournit aussi aux gestionnaires et aux décideurs de l'information pertinente pour la prise de décision en vue d'améliorer la performance du système. Le système public de santé et de services sociaux doit continuer de s'améliorer pour mieux répondre aux besoins de la population et faire du Québec une société plus égalitaire et prospère. Pour ce faire, il sera essentiel de continuer la surveillance apolitique des résultats atteints, de développer de meilleurs indicateurs de l'évolution du système et de les diffuser en toute transparence. La population du Québec peut contribuer à l'amélioration de son système de santé et de services sociaux. Elle doit cependant disposer d'une information juste et accessible pour le faire.

Médiagraphie





Médiagraphie

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2017a). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016 : approche et résultats détaillés*, Québec, Gouvernement du Québec, 70 p.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2017b). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016 : recueil des indicateurs*, Québec, Gouvernement du Québec, 104 p.

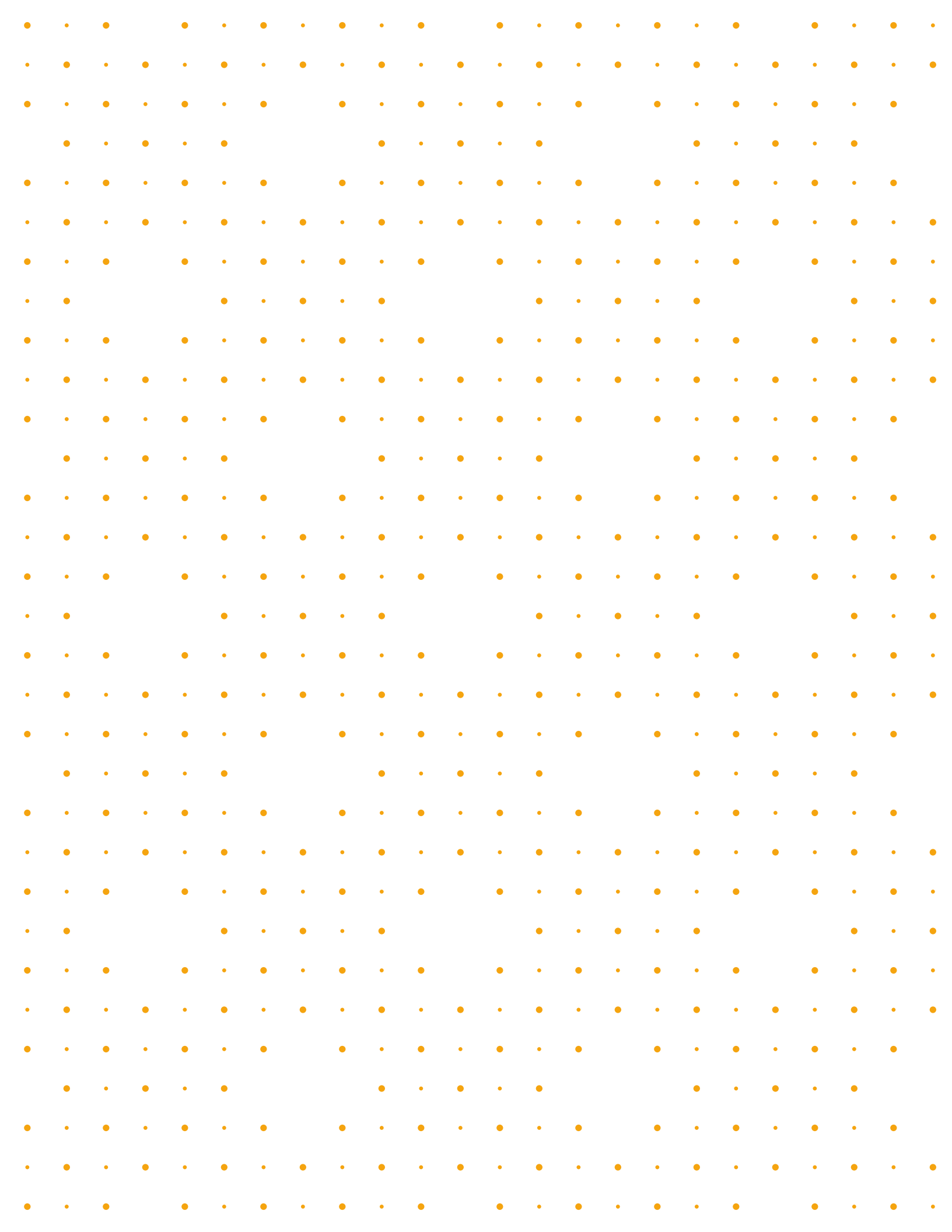
Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2017c). *Perceptions et expériences de soins de la population : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016*, Québec, Gouvernement du Québec, 68 p.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2016a). *Entendre la voix citoyenne pour améliorer l'offre de soins et services*, Québec, Gouvernement du Québec, 188 p.

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2016b). *Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 128 p.

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) (2016). *À la hauteur 2016 : Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 156 p.

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2015). *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*, 8 p.



Commissaire
à la santé
et au bien-être

Québec

