

AVIS
L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE SANTÉ
« ATTENTE ET ATTENTES »

JUIN 2001

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

AVIS 2001-03

Le contenu de cette publication a été rédigé par le :

Conseil médical du Québec
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.
Québec (Québec) G1S 2L2
Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895
Internet : <http://www.msss.gouv.qc.ca/cmq>
Courrier électronique : cmq@msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal - 2001
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
ISBN : 2-550-37634-X

Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59), adoptée par l'Assemblée nationale le 10 décembre 1991. Au moment de l'adoption de cet avis, les membres du Conseil étaient :

Dr Juan Roberto Iglesias, président

Vice-doyen
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Dr Jean-Marie Albert

Psychiatre
Centre hospitalier régional de Lanaudière

Dr Brigitte Bernard *

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Marc A. Bois

Cardiologue
Institut de cardiologie de Montréal

Dr André Bonin, vice-président

Pathologiste
Cité de la Santé de Laval

Monsieur Michel Brunet *

Ministère de l'Éducation

Monsieur Patrick Garceau

Étudiant en médecine
Université Laval

Dr Sophie Gosselin

Résidente en médecine d'urgence
Université McGill

Dr Yves Landry *

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Dr Louis Lapointe

Chirurgien général
Centre hospitalier régional du Grand-Portage

Madame Michèle Laverdure

Conseillère en gestion, services de santé
et services sociaux

Dr Joëlle Lescop

Secrétaire générale
Collège des médecins du Québec

Dr Laurent Marcoux

Omnipraticien
Centre médical St-Denis
St-Denis

Dr Jonathan L. Meakins

Chirurgien
Centre de santé de l'Université McGill

Dr Bernard Millette

Omnipraticien
Cité de la Santé de Laval

Madame Marie Pineau

Pharmacienne
Berlex Canada Inc.

Monsieur Robert Tremblay *

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Micheline Ulrich

Infirmière conseillère-cadre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Raymonde Vaillancourt

Omnipraticienne
Clinique médicale Vimy
Sherbrooke

*** Membres sans droit de vote**

Le présent avis découle d'un rapport d'un comité de travail composé des membres suivants : Dr Marc André Bois (président), madame Marie Pineau (vice-présidente), Dr André Bonin, Dr Jonathan L. Meakins, Dr Yves Landry, ainsi que madame Christine Beaulieu (coordonnatrice) et monsieur Denis Santerre (documentaliste) de la permanence du Conseil.

REMERCIEMENTS

Le Conseil médical du Québec désire remercier toutes les personnes consultées en vue de cet avis pour leur collaboration et leur intérêt et souligne la participation des personnes suivantes :

Dr Pierre Blanchard, médecin-conseil

Dr Marie Girard, Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Lévis

Monsieur Laval Laurent, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Michel Piraux, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Le Conseil désire également remercier M. François Allard et tout le personnel du Centre de documentation du Ministère de la Santé et des Services sociaux pour leur aide lors de la revue de littérature.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1	
L'ACCESSIBILITÉ À DES SERVICES DE SANTÉ DE QUALITÉ.....	5
1.1 Historique.....	5
1.2 Quelques concepts concernant la notion d'accessibilité	7
1.3 Comparaison avec d'autres systèmes de santé	8
États-Unis.....	9
Royaume-Uni	12
France.....	16
1.4 Au Québec, l'accessibilité : un des déterminants de la santé.....	18
1.5 La qualité et la satisfaction des patients	21
CHAPITRE 2	
SERVICES ET RESSOURCES DU SYSTÈME DE SOINS	25
2.1 La disponibilité des ressources	25
2.2 L'articulation entre les ressources	33
2.3 Y a-t-il un consensus sur la manière d'utiliser ces ressources ?.....	35
2.4 L'organisation des services médicaux	38
CHAPITRE 3	
LES LISTES ET DÉLAIS D'ATTENTE	43
3.1 État de la situation : notre sondage.....	43
3.2 La gestion des listes d'attente	46
3.3 Les délais d'attente	49
3.4 Équité, pertinence, transparence, efficacité.....	50
3.5 Le virage informatique	52
CHAPITRE 4	
TENDANCES ET PERSPECTIVES	59
4.1 La transformation dans la prestation des services	59
4.2 L'augmentation du nombre de malades chroniques	61
4.3 L'impact des nouvelles technologies	64
4.5 Perspectives	65
CHAPITRE 5	
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	67
ANNEXE A - Les tendances dans le recours aux services médicaux.....	75
ANNEXE B - Quelques chiffres	77
ANNEXE C - Rapport-synthèse du questionnaire.....	79
BIBLIOGRAPHIE.....	87
LES PUBLICATIONS DU CONSEIL	

INTRODUCTION

L'accessibilité aux soins médicaux relève de plusieurs facteurs qui doivent se conjuguer pour constituer un système orienté vers les besoins du patient. La disponibilité des ressources, qu'elles soient humaines, matérielles ou financières, adaptées et en quantité suffisante, est primordiale. L'articulation des actions de l'ensemble des personnes œuvrant au sein des différentes organisations constitue un élément clé garantissant la continuité et l'intégration de ces composantes pour assurer un service de qualité auprès du patient. En tant que médecins, nous nous sentons individuellement et collectivement responsables d'offrir le meilleur service, c'est-à-dire le service requis selon l'état clinique du patient, et au bon moment. Il s'avère essentiel que le patient puisse être soigné au bon endroit, soit à proximité du lieu où il vit dans le cas des services de première ligne, et dans le cas des services de deuxième ou de troisième ligne, là où la masse critique de médecins permettra de garantir la meilleure qualité de soins. Afin d'assurer un rendement optimal des ressources que notre société affecte au réseau de la santé¹, il s'avère également important que les services soient offerts par la bonne personne. Cette définition de l'accessibilité, maintenant partagée par un grand nombre de personnes, est pour le Conseil médical, indissociable des notions de pertinence² et de continuité de services.

Les changements d'organisation, qui ont été imposés à l'ensemble des établissements du réseau québécois, ont miné la confiance de la population dans la capacité de notre système de santé à assumer les responsabilités qui lui incombent depuis les dernières années. La couverture médiatique intensive

¹ Conseil médical du Québec, *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter : la hiérarchisation des services médicaux*, Québec, 1995, 47 p.

² Conseil médical du Québec, *Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, Québec, 1997, 69 p.

rapporte régulièrement des situations où les citoyens sont inquiets et insatisfaits du temps d'attente qui leur est imposé avant de recevoir soit un diagnostic soit un traitement. L'augmentation du nombre de patients inscrits sur les listes d'attente et qui subissent parfois de longs délais, illustre les difficultés du système à rencontrer les besoins de soins de santé de la population.

Malgré le côté anecdotique des cas rapportés par les médias, il est difficile de nier les difficultés que rencontrent les patients et les insatisfactions exprimées par la population en regard de l'accessibilité à notre système de soins.

Selon les analyses faites par les autorités nationales, régionales et locales responsables de l'organisation des soins, les cas urgents et semi-urgents seraient traités rapidement, mais elles conviennent que des délais parfois importants sont encourus par les patients dits « électifs », en attente d'une consultation médicale, d'examens diagnostiques ou d'un traitement. Peu de données comparables permettent d'évaluer l'ampleur des difficultés, hormis les données concernant certaines chirurgies ou traitements spécifiques (exemples : l'oncologie ou la radiothérapie) qui sont recueillies par les régies régionales et compilées au ministère de la Santé. Généralement, ces données sont muettes sur la durée de l'attente entre la première consultation et le début du traitement ou sur la nature même des cas en attente.

L'allongement des délais d'attente, causés par le report de certains traitements médicaux nécessaires à la conservation ou à l'amélioration de l'état de santé d'un individu, exerce une influence non négligeable sur sa vie quotidienne et sur celle de son entourage. Bien que les études faites sur le sujet ne montrent pas

une augmentation du taux de mortalité directement liée à la durée de l'attente³, la perte de temps de travail, la baisse de productivité associée à une incapacité physique et l'anxiété qui en découle, affectent le patient et son entourage lorsqu'il est en attente du traitement qui permettrait d'améliorer sa condition. Les délais d'attente génèrent des coûts indirects qui ne sont pas comptabilisés dans les dépenses reliées au maintien et à l'amélioration de la santé mais, leur effet global se révèle considérable.

Le Conseil médical a examiné la problématique de l'utilisation des données recueillies par l'intermédiaire des listes d'attente dans notre système de soins et a dégagé des pistes de solutions pour améliorer l'accessibilité aux services médicaux.

Le comité a débuté ses travaux par une revue de littérature obtenue à partir de plusieurs sources. Celles-ci comprennent l'utilisation de bases de données bibliographiques (MEDLINE et HealthSTAR), le survol de nombreux rapports et articles publiés dans les revues scientifiques et médicales, ainsi que la consultation de plusieurs sites Internet identifiés par notre recherche. Une liste des principaux documents consultés et des sites présentant un intérêt pour le sujet se retrouve à la fin du présent avis. L'utilisation des données produites par la Régie de l'assurance maladie du Québec et par le système d'exploitation MED-ECHO du MSSS, ainsi que des consultations auprès de professionnels responsables des dossiers en lien avec les préoccupations soulevées par les membres du comité, ont permis de compléter le travail de recherche.

³ C.D. Naylor, J.P. Szalai et M. Katic, « Benchmarking the vital risk of waiting for coronary bypass surgery in Ontario », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 162, n° 6, 2000, p. 775-779.

CHAPITRE 1 L'ACCESSIBILITÉ À DES SERVICES DE SANTÉ DE QUALITÉ

1.1 Historique

Les principes fondamentaux sur lesquels s'appuie la mise en place de notre système de santé sont régulièrement évoqués pour orienter les décisions qui sont prises à son égard. Édiktés dans la Loi canadienne sur la Santé⁴ et désignés à titre de « conditions d'octroi de la pleine contribution pécuniaire au financement du régime d'assurance santé », ces cinq principes sont : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. La notion de l'accessibilité y est précisée afin d'exclure la surfacturation et les frais modérateurs qui pourraient être introduits par les prestataires de services :

« 12. (1) La condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

- a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;
- b) prévoit la prise en charge des services de santé assurés selon un tarif ou autre mode de paiement autorisé par la loi de la province;
- c) prévoit une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;
- d) prévoit le versement de montants aux hôpitaux, (...) à l'égard du coût des services de santé assurés. »

⁴ L.R. (1985), ch. C-6, art. 12.

La mise en place de notre système de soins visait principalement à régler le problème vécu par une large portion de la population par rapport à l'accès financier aux services hospitaliers et médicaux considérés, à cette époque, comme le principal déterminant de la santé⁵. Dans cette perspective, l'accessibilité financière aux soins médicaux devait permettre d'améliorer automatiquement la santé des populations et, à plus long terme, cela devait se traduire éventuellement par « des économies ». Le postulat de base affirmait que les soins et services dispensés atteignaient à ce moment-là une qualité optimale⁶ et que l'hôpital⁷ constituait le lieu idéal pour concrétiser l'accès à ces soins et services.

Toutefois, dès 1974, plusieurs études⁸ soulevèrent l'importance toute relative qu'aurait le système de soins sur l'amélioration de la santé de la population. Ainsi, le progrès constaté sur la santé générale et l'allongement de l'espérance de vie découleraient de la transformation des conditions générales de vie des citoyens et ne dépendraient pas forcément des investissements considérables dans notre système de soins. Le postulat initial qui avait servi de leitmotiv à la création de notre système de soins et de santé : *accès = amélioration de la santé = économies*⁹, ne tient plus puisque les économies attendues ou même le plafonnement « naturel » des coûts ne se réalisent pas. L'explosion des coûts du système de santé devient la principale préoccupation des gouvernements durant les années 90 et toutes sortes de mesures sont prises afin de juguler la croissance des coûts.

⁵ Commission royale d'enquête sur les services de santé, *Commission royale d'enquête sur les services de santé : rapport* [Rapport Hall], Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, 2 vol.

⁶ Efficaces, efficaces, pertinents.

⁷ R.M. Battistella, « National health insurance reconsidered: dilemmas and opportunities », *Hospital and Health Services Administration*, vol. 34, no 2, 1989, p. 139-156.

⁸ Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail* [Rapport Lalonde], Ottawa, 1974, 82 p.

⁹ Yvon Brunelle et Alain Saucier, *Les indicateurs et le système de soins*, coll. « Méthodologie et Instrumentation », 13; Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 37 p.

1.2 Quelques concepts concernant la notion d'accessibilité

Puisque la notion d'accessibilité inscrite dans la loi canadienne ne définit pas clairement la nature et l'ampleur des services nécessaires pour répondre aux besoins de la population, la législation du Québec doit s'inspirer du principe de l'équité afin de baliser la mise en place d'un système de soins qui doit être accessible aux citoyens. La Loi sur les services de santé et les services sociaux se donne pour but « le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie »¹⁰, et reconnaît implicitement des obstacles qui peuvent influencer l'accessibilité. La distance, les délais, la langue et la culture modulent la notion d'accessibilité tout autant que le principe de la disponibilité des ressources tant humaines, financières que matérielles. L'accessibilité doit être « raisonnable »¹¹ mais prendre en compte l'état du patient.

Les décisions tentant de réduire les écarts observés entre des individus, des groupes ou des régions, s'appuient également sur la notion d'équité qui a, en grande partie, façonné l'installation des lieux physiques des établissements du réseau et introduit l'adoption de mesures visant l'amélioration de la répartition des ressources médicales et organisationnelles sur les plans géographique, politique ou culturel. L'équité d'accès réfère donc à la justice dans la distribution des soins.

¹⁰ L.R.Q., (1991) ch. S-4.2, art. 1.

¹¹ S. Birch et J. Abelson, *Is Reasonable Access What We Want?*, CHEPA Working Paper Series No 92-19, Hamilton, McMaster University, 1992, 38 p.

L'accessibilité verticale existe quand les soins sont accessibles en fonction des besoins et l'accessibilité horizontale vise à ce que les individus ayant des besoins semblables reçoivent des services semblables, ce qui nécessite donc l'abolition des barrières, qu'elles soient financières, linguistiques ou géographiques. Par contre, dans le cas des services offerts par le système financé publiquement, la notion d'accessibilité « raisonnable » nuance cette définition et l'incapacité d'affecter des ressources illimitées à notre système de soins conduit à l'obligation d'assurer une gestion efficiente de ces ressources.

1.3 Comparaison avec d'autres systèmes de santé

Afin de mieux comprendre les différences qui façonnent le principe d'accessibilité des populations aux services médicaux, nous avons examiné trois modèles d'organisation de soins, celui existant aux États-Unis, au Royaume-Uni et en France¹². Ces pays sont comparables au Québec car d'une part, ils ont des niveaux de développement économique assez semblables avec des produits intérieurs bruts (PIB) parmi les plus élevés du monde et d'autre part, leur secteur santé – qui comprend un secteur curatif et un secteur préventif – est un domaine essentiel de l'économie nationale, qui emploie une part importante de la population active.

Leurs systèmes de services sanitaires fonctionnent avec des professionnels d'un niveau de compétence équivalent et les objectifs poursuivis par les politiques de santé sont similaires : il s'agit de l'amélioration de l'état de santé de la

¹² Rony Brauman (sous la dir. de), *Utopies sanitaires*, Paris, Médecins sans frontières, 2000, 301 p.

population, de l'accès à des soins de qualité, de la maîtrise des dépenses et de l'accroissement de l'efficacité des systèmes.

De surcroît, dans ces trois pays, les réformes menées au cours des trente dernières années ont porté sur le système curatif, qui consomme la majorité des ressources allouées au secteur de la santé.

- **États-Unis**

Dans les pays d'Europe et au Canada, le système de protection sociale repose sur la solidarité et l'État intervient à tous les niveaux, de la conception à la maintenance du système. Les dépenses sociales sont assimilées à des dépenses publiques. Aux États-Unis, la mixité du système découle de conditions historiques particulières : le concept d'État fédéral qui assume des fonctions centrales, et la philosophie libérale classique qui privilégie l'individu et sa capacité de choix, ont façonné un système public qui s'allie à des assurances volontaires privées et qui présente un niveau de couverture variable. Ainsi, le programme d'assurance maladie couvre certains groupes en fonction de leur statut d'emploi tandis que dans le cas des indigents et des aînés, la sécurité sociale se manifeste au travers de programmes couverts par l'État fédéral (Medicaid et Medicare).

Les difficultés d'accessibilité

Environ 43 millions de personnes ne bénéficient d'aucun contrat d'assurance. À côté d'eux, 40 millions de personnes sont sous-assurées; ceci est dû au fait des insuffisances de leur contrat d'assurance car les assureurs peuvent changer les règles d'accès. Le niveau des primes d'assurance repose sur le risque individuel

et les assureurs modulent la couverture offerte en augmentant la participation financière de l'utilisateur. Cette part, payée par le patient sous la forme de franchise, incite les personnes à faibles revenus à ne consulter qu'en cas d'absolue nécessité.

Il existe différents types de réseaux de soins coordonnés. Les HMO (Health Maintenance Organizations) sont, de loin, les plus nombreuses. Les prestataires y sont encouragés à contenir la demande des assurés et les patients à ne pas utiliser à l'excès les services. Certaines études ont démontré que des discriminations existent au moment de l'affiliation des patients : procédures d'enregistrement compliquées, contrôle que les tiers payeurs exercent sur l'accès aux spécialistes ou délivrance de services de moindre qualité à des patients couverts par le programme « Medicaid ». Devant le succès des HMO, les assureurs traditionnels ont pénétré le marché au cours des vingt dernières années et les HMO actuelles ont peu à voir avec les HMO sans but lucratif du début, qui étaient orientées vers la qualité et la globalité des soins. Elles sont aujourd'hui à but lucratif, cotées en Bourse et préoccupées de profit.

La régression de l'implication de l'État fédéral, depuis le début des années 80, laisse les états lutter seuls contre l'explosion des dépenses. Pour y réussir ceux-ci resserrent les critères d'éligibilité, diminuent les services couverts et mettent en oeuvre des politiques qui financent en priorité les services « nécessaires ». Cela conduit à définir un « panier de soins de base », de façon à couvrir plus de monde avec les mêmes enveloppes budgétaires, ce qui aboutit inévitablement à un rationnement des services (exemple : Oregon).

Des obstacles géographiques limitent, de surcroît, l'accès aux soins. On constate, en effet, une insuffisance médicale dans les zones urbaines défavorisées et dans certaines zones rurales. Le faible taux de remboursement

des prestataires n'incite pas le personnel médical à suivre des patients « Medicaid », ni à s'installer dans des quartiers déshérités où la proportion des bénéficiaires de ce programme est importante.

Ces problèmes d'accès affectent essentiellement les personnes à statut socio-économique faible. Ainsi, les politiques mises en œuvre ces trente dernières années ont, certes, ralenti la croissance des dépenses de santé, mais elles ont aussi diversifié les inégalités dans l'accès aux soins. Les personnes sortant des programmes d'assistance et occupant de petits emplois constituent les nouveaux exclus qui ont des revenus supérieurs au seuil d'éligibilité à « Medicaid », mais insuffisants pour acheter un contrat d'assurance. Laissés sans protection sociale, ils ont tendance à différer les contacts avec les services de soins et arrivent souvent très tard aux urgences des hôpitaux.

La tendance qui se dégage est celle d'un système de santé à plusieurs vitesses, dans lequel le patient consomme en fonction de ses ressources.

Les résultats :

Aux Etats-Unis, le nombre de praticiens et d'établissements de soins est supérieur à celui du Royaume-Uni et du Québec mais est plus faible qu'en France¹³. Malgré le potentiel de production de services très important, la barrière financière limite l'accès des populations aux services. Les indicateurs de santé sont très comparables à ceux des pays européens, mais on note des différences internes importantes découlant principalement du statut socio-économique des populations.

¹³ Voir annexe B : Quelques chiffres.

- **Royaume-Uni**

Au Royaume-Uni, le système dit « beveridgien » (de Beveridge, dont le plan de 1942 constitue la base du Welfare State de l'après-guerre) assure une « couverture maladie » universelle à tous les résidents, sans condition. Financé par l'impôt sur le revenu, le système national de santé britannique (NHS, *National Health System*) voit le jour en 1948 et offre un accès gratuit aux services de santé à tous les résidents. Les réformes engagées depuis la mise en place de ce système ont tenté de répondre aux problèmes récurrents et aux critiques concernant la prise en charge des patients et le fonctionnement du système. En dépit des transformations, le principe du NHS est resté le même, celui d'un modèle de soins avec des services de premier niveau (services ambulatoires), des services de second niveau (spécialistes et hôpitaux) et des services communautaires (soins à domicile et visiteurs de santé). Les populations démunies sont prises en charge. Toutefois, les assureurs privés ne sont pas absents de ce système : 85 % des dépenses de santé sont financées dans le cadre du NHS et 15 % sont couvertes par des assurances privées. L'achat d'un contrat d'assurance santé privé n'affecte pas les droits d'accès au NHS et ces plans complémentaires servent pour des services utilisés en parallèle avec le système national de santé.

Les médecins généralistes représentent le premier niveau de soins et contrôlent étroitement l'accès des patients aux hôpitaux et aux spécialistes. Ils sont indépendants et autonomes en matière de prescription et d'orientation. Ils sont sous contrat avec le système national et suivent 1 800 à 2 200 personnes pour lesquelles ils sont rémunérés à la « capitation pondérée » (il s'agit d'une rémunération forfaitaire par patient inscrit; cette rémunération est pondérée par des critères tels que l'âge ou l'état de santé).

Les spécialistes, pour leur part, exercent dans un établissement hospitalier où ils sont salariés. S'il n'y a pas d'urgence, le patient s'inscrit sur une liste d'attente pour une consultation en spécialité ou pour une hospitalisation. Les personnes ayant une assurance privée ont le choix de leur médecin généraliste ou spécialiste, comme de leur établissement de soins. Puisqu'il existe des services privés au sein des établissements publics, elles peuvent éviter les listes d'attente et obtenir de meilleurs services connexes (exemple : l'hôtellerie).

En 1989, une réforme introduit trois principes : la compétition dans les offres de services, la distinction entre acheteurs et vendeurs de services médicaux et le concept de médecins généralistes détenteurs de budgets. Les établissements de soins sont autorisés à être gérés par des fondations (*Trusts*) qui visent l'équilibre et l'autonomie financière. Les agences de santé évaluent les besoins des populations et décident des services nécessaires et de leur volume. D'une part, elles passent des contrats avec les praticiens de premier niveau, au nom desquels elles achètent des services essentiellement hospitaliers. D'autre part, les médecins généralistes travaillant en cabinets de groupe, avec un certain nombre d'inscrits sur leurs listes, peuvent également devenir acheteurs. Ils reçoivent des budgets pour acheter des services pour leurs patients en passant un contrat avec les établissements de soins, privés ou publics de leur choix, même s'ils sont situés hors de leurs limites administratives. Ils possèdent un pouvoir de négociation pour mettre en concurrence les prestataires et ainsi assurer des services de « qualité » à leurs patients.

Tous les établissements de soins, quels qu'ils soient, peuvent décider des services à fournir et passer des contrats avec les acheteurs publics et privés de leur choix. Inspirée par la vision libérale du gouvernement de l'époque, la réforme de 1989 avait pour objectifs la maîtrise des dépenses, l'amélioration de l'efficacité du système tout en conservant les principes d'accès universel et de

qualité des soins. En introduisant la notion de marché, cette réforme a fait passer le système de santé d'un modèle intégré, vers un modèle contractuel éclaté en de multiples petites entreprises en compétition afin d'offrir plus de choix au patient. En réalité, cela a conduit à accentuer l'inégalité dans l'accès aux services car les hôpitaux, en compétition pour des contrats, favorisent certains patients et développent des services en fonction de leur demande. Ils sont tentés de sacrifier la qualité pour gagner un contrat. En avril 1999, le système des généralistes détenteurs de budget est aboli et remplacé par les groupes de praticiens de premier niveau. Le budget est divisé entre les groupes qui contrôlent les décisions d'achat de services médicaux. Les contrats entre acheteurs et prestataires doivent être conclus pour des périodes pluriannuelles et les établissements gérés par des fondations sont incités à laisser la responsabilité budgétaire aux équipes médicales.

À la fin de l'année 1997, le nouveau gouvernement s'est donné trois ans pour transformer le NHS par l'accroissement des dépenses de santé en vue d'atteindre la moyenne des pays européens en part du PIB consacrée à la santé. Différentes commissions ont été créées pour favoriser l'amélioration de la santé et l'excellence des soins par le développement d'un guide des bonnes pratiques médicales et la mise en place d'un système d'information fiable permettant de savoir comment l'argent est utilisé.

Les difficultés d'accessibilité

L'accès aux spécialistes et aux établissements de soins est strictement contrôlé par le médecin généraliste. On remarque que le nombre de médecins spécialistes, l'accès à des traitements très spécialisés ainsi que la couverture en lits d'hospitalisation et en praticiens est moindre que dans les autres pays

étudiés¹⁴. Cette offre de soins est répartie inégalement et on constate un accès réduit dans les zones défavorisées et en milieu rural.

De plus, le système apparaît sous-financé : bâtiments vétustes, listes d'attente pour les consultations de spécialistes et en chirurgie (sauf pour les urgences), services connexes pauvres (hôtellerie), manque chronique de lits d'hospitalisation de courte durée (surtout en pédiatrie) et pénurie de personnel médical et infirmier.

Si, en principe, l'accès aux soins demeure universel, ouvert à toute la population résidente, les barrières existent dans ce système réparti entre un secteur public fortement étatisé et un secteur privé renforcé par les réformes des années quatre-vingt. Les problèmes d'accès aux soins des populations défavorisées seraient souvent liés à la rigidité bureaucratique du système, à la mauvaise information donnée aux utilisateurs par les responsables administratifs et sociaux et à la mauvaise compréhension des droits par les personnes elles-mêmes. De plus, les listes d'attente présentent aussi un facteur d'inégalité car il est possible de contracter avec des assureurs privés pour avoir un accès plus rapide aux spécialistes et aux hospitalisations.

Les résultats

Malgré des ressources moins importantes affectées au système de soins, les indicateurs de santé sont équivalents à ceux des autres pays. On y observe également, comme ailleurs, des différences internes liées au statut socio-économique et à la précarité d'emploi.

¹⁴ Voir annexe B : Quelques chiffres.

- **France**

La France a instauré un modèle de protection sociale inspiré du système « bismarckien », né en Allemagne à la fin du XIX^e siècle. Au départ, la couverture est obligatoire pour la population qui détient un emploi : les cotisations sont proportionnelles aux revenus et les services modulés selon le niveau des cotisations. De plus, un filet de sécurité existe pour les personnes exclues de cette couverture obligatoire. À partir de l'an 2000, l'articulation entre cotisations et droits à l'assurance maladie a été supprimée. Ainsi, tous les résidents sont désormais couverts par une assurance obligatoire.

L'assurance maladie est gérée par un système de caisses. Une caisse nationale publique et des caisses privées payent directement les prestataires et /ou remboursent le patient. Ces caisses sont responsables de leur équilibre budgétaire et un système paritaire représentant employeurs et employés en assure la gestion sous contrôle gouvernemental. Le tarif des honoraires aux praticiens est négocié entre l'union des caisses et les syndicats de prestataires de services sous la supervision du ministère des Affaires sociales.

La totalité de la population est couverte par une assurance maladie obligatoire depuis 1999 et le financement du système de santé s'effectue via les impôts et des taxes spéciales, mais certains services spécifiques ne sont pas couverts (hôtellerie...) et demeurent à la charge des patients. Cette part, appelée ticket modérateur, peut être couverte par des assurances volontaires dont les primes sont définies par contrat, selon le risque individuel et le niveau de couverture choisi.

La pratique médicale privée demeure prépondérante : 70 % des praticiens exercent « en libéral », et elle se fonde sur le libre choix dans l'accès aux services ambulatoires (médecins généralistes et spécialistes, soins à domicile,

pharmaciens), à l'hospitalisation (publique ou privée), à la liberté d'installation et de prescription du praticien. Dans le secteur privé, les praticiens sont payés à l'acte et les établissements reçoivent un prix de journée forfaitaire par patient hospitalisé. L'hospitalisation publique (71 % des lits) comprend des hôpitaux publics et des hôpitaux privés à but non lucratif, mais participant au service public hospitalier où les praticiens y sont généralement salariés. Les hôpitaux reçoivent un budget global alloué chaque année et calculé à partir des dépenses rétrospectives. De plus, il existe à l'intérieur de l'hôpital un secteur privé limité où les praticiens sont payés à l'acte.

Pour les services ambulatoires, le patient choisit librement son praticien et paie directement les actes et les médicaments. Le patient est, par la suite, remboursé par la Caisse d'assurance maladie mais, il doit contribuer à un « ticket modérateur ». Le patient a le choix d'être hospitalisé en établissement de soins public ou privé; cependant, seul l'hôpital public permet à l'assuré d'être dispensé de devoir avancer les frais.

Les difficultés d'accessibilité

Puisque les personnes à statut socio-économique faible ne peuvent acheter une assurance complémentaire et assumer d'avance les frais de consultations médicales, d'examens ou de médicaments, ces personnes s'auto-excluent des services de santé en retardant des consultations souvent nécessaires. La couverture de la population en lits d'hospitalisation et en praticiens s'avère plus élevée que dans les autres pays étudiés, avec toutefois des inégalités dans leur implantation géographique : densité plus faible en zones rurales et en zones urbaines défavorisées. Les inégalités dans l'implantation géographique des praticiens et des établissements de soins engendrent des exclusions. Les frais

liés aux déboursés ainsi qu'aux déplacements pénalisent les personnes à bas revenus en situation de précarité.

Les résultats

Malgré des ressources médicales et hospitalières supérieures à celles observées dans les autres pays comparés¹⁵, les indicateurs de santé, reflets de l'état de santé de la population, sont voisins de ceux des autres pays industrialisés et les inégalités d'espérance de vie sont aussi liées au statut socio-économique.

1.4 Au Québec, l'accessibilité : un des déterminants de la santé

Dans notre système québécois, afin d'accéder aux services médicaux de première ligne dispensés par un médecin omnipratricien, généralement c'est le patient qui détermine lui-même son « besoin d'accès ».

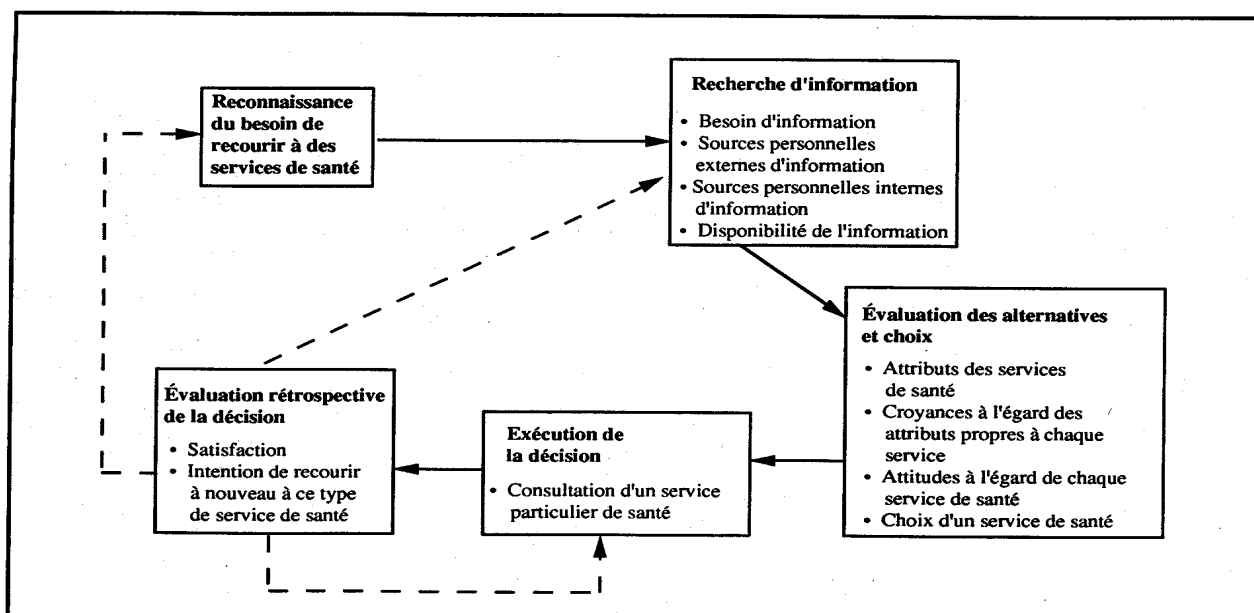


Figure 1. Cadre théorique du choix d'un service de santé

¹⁵ Voir annexe B : Quelques chiffres.

Dans le cas des services médicaux spécialisés, le patient est habituellement référé par le médecin traitant qui est à l'origine de la détermination du « besoin d'accès », mais le patient peut également accéder directement à un médecin spécialiste. Cette notion d'accès multiple est consacrée dans la Loi canadienne¹⁶ qui stipule que « toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ».

Lorsqu'on tente de mesurer l'accessibilité, celle-ci est traduite en termes de délais de réponse entre la demande du patient et la consultation auprès du médecin, ou entre la demande d'un médecin et la réponse de son collègue. Or, le délai est tributaire de la capacité de prestation des services : celle-ci peut s'évaluer par la quantité de ressources médicales, leur répartition géographique et par l'offre de services individuelle au moment et à l'endroit où le besoin se manifeste. En principe, la disponibilité se mesure par le rapport entre les ressources humaines, matérielles et financières, et les besoins de la clientèle. À partir de cueillette d'informations, certains indicateurs ont été développés en vue d'interpréter et de mesurer le degré d'accessibilité au système de soins.

Ainsi, les listes d'attente peuvent être utilisées comme un indicateur de certaines difficultés du système de soins à répondre adéquatement aux besoins exprimés. Leur analyse doit se faire non seulement en fonction de la variation du nombre de personnes en attente, mais également en fonction du délai d'attente compte tenu de la gravité de l'état du patient. Cependant, il ne faut pas confondre l'indicateur (les listes d'attente) avec le phénomène étudié (l'accessibilité).

La performance est une notion plus globale constituée d'un ensemble de mesures permettant de se prononcer sur des résultats en tenant compte des

¹⁶ L.R. (1985), ch. C-6, art. 12.

moyens mis en œuvre pour les atteindre. Mesurer la performance de notre système de soins, c'est s'assurer que les résultats¹⁷ qui découlent de l'ensemble des activités des dispensateurs de soins soient à la hauteur des investissements consentis par notre société¹⁸. À cet égard, il appert non seulement nécessaire de se doter d'outils favorisant le suivi des indices mesurant l'accessibilité, mais également de placer l'ensemble de ces éléments dans une perspective d'amélioration globale de notre organisation de prestation des services.

Mesurant la capacité actuelle de notre système de santé à fournir l'intervention appropriée à l'intérieur d'un délai cliniquement acceptable, lors de l'identification d'un besoin potentiel du patient, l'accessibilité est considérée, dans cette optique, comme un indicateur permettant d'apprécier le fonctionnement de notre système de soins. D'autres indicateurs axés sur la portion considérable de la richesse collective accaparée par le système de soins ou la variation dans la disponibilité des ressources sont aussi utilisés pour évaluer l'un ou l'autre aspect du fonctionnement de notre système de santé. Ces éléments doivent donc être mis en relation avec les indices entourant l'amélioration ou la détérioration de l'accessibilité pour se faire une opinion sur la performance de notre système de soins.

Mais pour le Conseil, l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé est fortement tributaire d'une amélioration de l'efficience et de l'efficacité dans l'organisation des soins, et l'accessibilité s'avère un élément primordial devant être pris en compte lors de l'analyse de la capacité de notre système de soins à rencontrer les besoins exprimés par la population. Vu sous cet angle, le système

¹⁷ C.D. Naylor, J.P. Szalai et M. Katic, « Benchmarking the vital risk of waiting for coronary bypass surgery in Ontario », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 162, n° 6, 2000, p. 775-779.

¹⁸ Le classement des systèmes de santé de l'OMS (*Rapport sur la santé dans le monde 2000*) place le Canada au 30^e rang des meilleurs systèmes de santé au monde parce qu'il consacre une part importante de son PIB à la santé sans que cela ne se traduise par des résultats concrets.

de soins constitue un déterminant de la santé au même titre que les besoins en santé ou les conditions socio-économiques d'une population. Même si elle n'est plus regardée comme l'élément fondamental façonnant la santé d'une population, l'accessibilité universelle aux services de santé fait partie de l'ensemble des éléments qui permettent à notre population de vivre en meilleure santé.

1.5 La qualité et la satisfaction des patients

La qualité des soins de santé demeure un défi et sa définition peut prendre plusieurs formes selon ce que l'on cherche à mesurer. On parle alors :

- du niveau d'excellence ;
- du résultat des actions en regard de la capacité de prolonger la vie, soulager la détresse, restaurer des fonctions ou prévenir la détérioration de l'état de santé ;
- de l'impact du système de soins sur l'amélioration de l'état de santé de la population.

Or, il arrive souvent que qualité et satisfaction soient confondues. En fait, ces deux éléments reflètent des concepts psychologiques très différents. Le patient, en raison de l'amélioration de la qualité des services aux consommateurs, en général dans tous les domaines, se considère de plus en plus comme un « client » et il exige la qualité. Ce phénomène de consumérisme touche particulièrement les services de santé en ce qui concerne les délais pour l'accès aux soins¹⁹.

¹⁹ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, *Sommaire du rapport des plaintes 1999-2000*. Disponible sur Internet : <http://www.rss06.gouv.qc.ca/evaluation/plaintes.html>.

Dans la perspective d'une population plus instruite, mieux informée, devenant plus exigeante envers le système de soins et les professionnels de la santé, le patient au fait des récents développements s'attendra notamment d'avoir accès au meilleur service, le plus innovateur, rapidement et à proximité de chez lui.

Si la qualité émane d'un ensemble de caractéristiques permettant d'obtenir un résultat optimal qui relève de la connaissance, pour sa part, la satisfaction serait essentiellement liée à la perception : elle est l'écart entre les « attentes » et la perception de la qualité des résultats obtenus, et la mesure de la confiance des patients envers le système de soins est tributaire de ses expériences, de sa connaissance et de sa perception. Donc, la satisfaction prend en compte la qualité des interactions avec les personnes qui entourent la prestation du service lui-même, que ce soit les personnes qui représentent ou travaillent à l'intérieur de l'établissement, et celles avec le professionnel lui-même. On ne peut négliger la perspective du patient dans les problèmes liés aux difficultés d'accessibilité. L'absentéisme du personnel, le non-fonctionnement d'équipement ou le mauvais état des locaux peuvent créer le sentiment dans la population d'une incapacité du secteur public à s'adapter pour faciliter l'accessibilité aux services. Certes, la qualité du service peut chuter lorsqu'on ne dispose pas des dotations nécessaires - en équipement, en matériel ou en personnel - mais la baisse de qualité peut également résulter d'une organisation déficiente.

La demande concernant les services médicaux et hospitaliers découle de l'opinion du praticien sur l'impact potentiel de l'examen ou du traitement sur l'amélioration de la condition du patient. Cependant, il ne faut pas minimiser la démocratisation de l'accès aux technologies de l'information, car d'autres types de requêtes (par exemple, l'arrivée sur le marché d'un médicament « miracle ») peuvent n'avoir que peu de lien avec l'évidence scientifique et grossir la demande.

Le médecin détient la responsabilité d'informer et d'éduquer son patient sous ce rapport, et seule une meilleure connaissance des méthodes permettant à chacun de veiller à sa propre santé permettrait de stabiliser l'accroissement de la demande alimentant les dépenses consacrées à la santé. Lorsqu'un patient reçoit de son médecin l'information sur les impacts que peuvent avoir sur sa santé la durée de l'attente auquel il est confronté, il peut ressentir plusieurs émotions (anxiété, crainte, soulagement) selon l'écart entre ses « attentes » et cette information sur les délais qu'il aura à subir. Il sera plus ou moins « satisfait » de ce délai, mais son niveau d'insatisfaction augmentera davantage si le praticien lui donne les signaux qu'il ne peut offrir d'autres alternatives, ou que l'attente est liée à un « dysfonctionnement » sur lequel il n'a pas de prise. Informer et rassurer le patient sur le suivi de son cas s'avérera très efficace dans l'amélioration de la perception de la qualité du service, mieux que toute opération « blitz »²⁰ ne visant qu'à « réduire les délais » pour ceux qui attendraient depuis trop longtemps, peu importe leur état de santé.

Plusieurs travaux consacrés à l'amélioration de la satisfaction des patients sont menés dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. D'ailleurs, un sondage réalisé en 1999 par le Conseil médical a permis de mieux connaître le foisonnement des initiatives dans les établissements du réseau de la santé destinées à améliorer l'interaction entre les professionnels et la population qu'ils desservent pour développer une approche résolument centrée sur les « besoins » du patient. Il devra désormais en être de même pour le médecin, s'il désire améliorer sa relation avec ses patients, car les attentes de ceux-ci sont maintenant canalisées vers la qualité, non seulement pour le résultat attendu mais aussi dans la façon de faire. Par exemple, la valeur du temps des praticiens est capitale et celle-ci doit être maximisée puisque le temps consacré aux

²⁰ J. Newton, J. Henderson et M.J. Goldacre, «Waiting list dynamics and the impact of earmarked funding », *British Medical Journal (BMJ)*, vol. 311, septembre 1995, p. 783-785.

activités cliniques est limité par toute sorte de contraintes. Par contre, pour le patient, la valeur de son temps est inestimable pour lui. Si ces deux points de vue diffèrent, ils ont un impact non négligeable sur le niveau de satisfaction et sur la perception de la capacité de notre système de soins à s'adapter aux nouvelles réalités. Cela expliquerait la sensibilité émergente concernant les délais d'attente, et qui doit remettre en question certains modes actuels de fonctionnement.

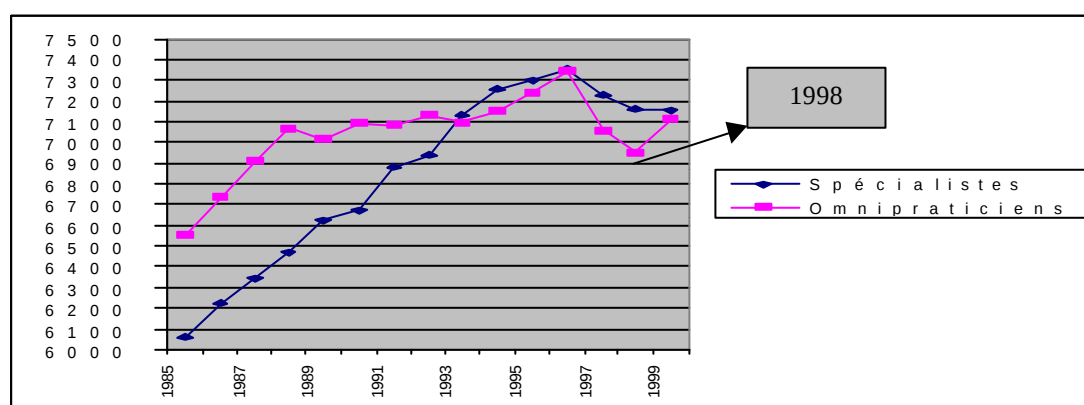
CHAPITRE 2 SERVICES ET RESSOURCES DU SYSTÈME DE SOINS

2.1 La disponibilité des ressources

Une des raisons majeures évoquées pour expliquer les difficultés d'accessibilité aux services médicaux est la perte de personnel spécialisé subie entre 1995 et 1999. À cet égard, les données relatives à la transformation des centres hospitaliers ont été publiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux²¹.

- Le nombre de médecins

Le nombre de médecins²² omnipraticiens a subi en 1998 une diminution de 393 par rapport au sommet de 7 346 observé en 1996. Au cours de la même période, le nombre de médecins spécialistes a enregistré aussi une baisse de 195.

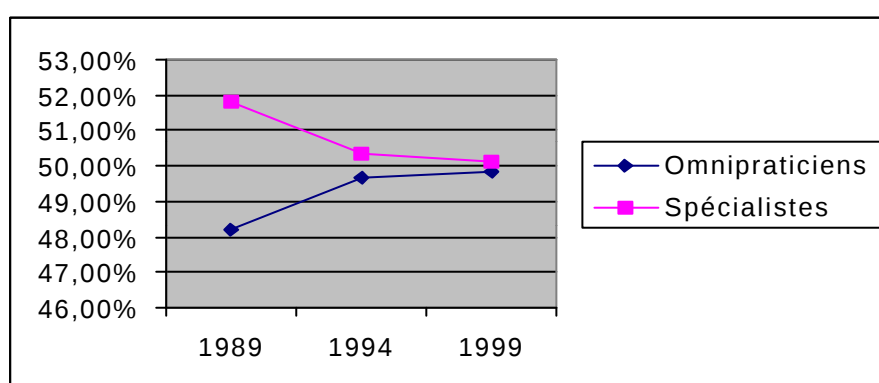


²¹ *Bulletin INFO-SÉR HUM*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, juillet 2000.

²² Il s'agit de médecins « actifs » au Québec, c'est-à-dire soumis à une entente avec la RAMQ, exerçant au Québec, ayant présenté au moins une demande de paiement par année.

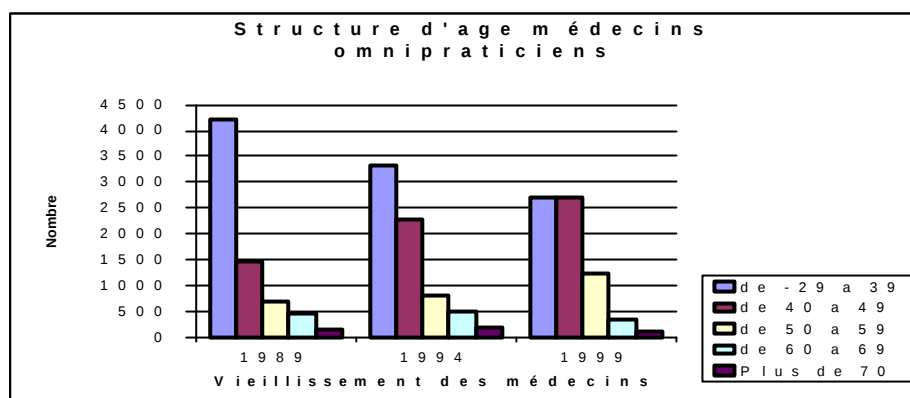
Ainsi, après un accroissement soutenu de 1985 à 1996 du nombre de médecins spécialistes et omnipraticiens, leur nombre a subi une brusque chute lors de la mise en place des programmes de retraite. Cependant, sur une période de dix ans, le nombre total²³ de médecins rémunérés par la RAMQ n'a diminué que légèrement, passant de 14 555 à 14 268.

D'autre part, la structure médicale dominée par les médecins spécialistes a été modifiée sous l'effet des politiques de gestion des entrées en médecine. Ainsi le ratio de répartition entre médecins omnipraticiens et médecins spécialistes s'est modifié, accentuant le pourcentage de médecins omnipraticiens sur le nombre total de médecins au Québec.



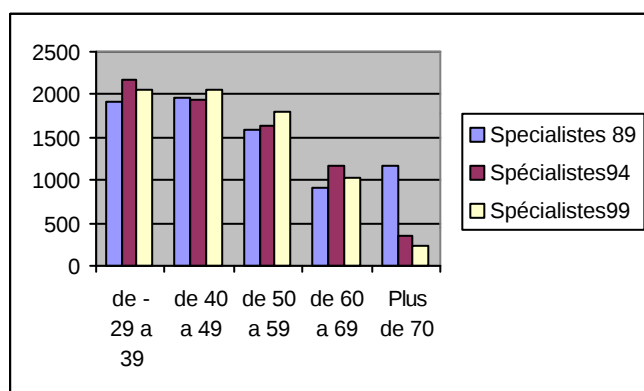
On peut également observer un changement sur la structure d'âge des praticiens depuis dix ans. Ainsi, en 1989, la majorité des médecins omnipraticiens actifs ont moins de 40 ans. Dix ans après, on constate un vieillissement des omnipraticiens qui se reflète par l'accroissement du pourcentage de médecins âgés entre 40 et 49 ans et entre 50 et 59 ans.

²³ Statistiques annuelles publiées par la RAMQ - 1985 à 1999.



Chez les omnipraticiens, la prise des retraites a affecté particulièrement les médecins âgés de plus de 60 ans et leur proportion. Les changements dans la pratique des médecins peuvent également avoir accentué les difficultés d'accessibilité vécues par des patients désireux d'avoir une continuité de services après le départ de leur médecin de famille.

Du côté des médecins spécialistes, le programme de mise à la retraite a touché les médecins âgés de plus de 70 ans, leur nombre ayant nettement été réduit.



Si la structure d'âge des médecins spécialistes actifs est relativement stable on observe une tendance d'accroissement de ceux de plus de 50 ans. Les départs

ont créé des opportunités qui ont attiré de jeunes médecins pour des postes situés en régions urbaines. L'accentuation de la compétition entre les établissements, pour le recrutement médical semble avoir contribué au déplacement vers les centres urbains des médecins installés en régions périphériques²⁴. La tendance actuelle à la surspécialisation ne pourra qu'accentuer les difficultés de répartition des effectifs spécialisés et avoir un impact sur l'accessibilité géographique pour les populations, si aucune mesure n'est prise pour assurer une organisation de services sous la responsabilité d'équipes médicales qui s'engageraient sur une base contractuelle formelle.

Le Conseil n'entend pas ici se prononcer sur l'adéquation de la quantité des ressources médicales disponibles et invite le lecteur à consulter l'ensemble des avis du Conseil émis sur la question²⁵, mais deux observations se dégagent.

D'abord, on a constaté un changement du ratio omnipraticiens-spécialistes, mais également le fléchissement du nombre total de médecins omnipraticiens. Cela pourrait rendre plus difficile l'instauration d'un modèle où l'on désire confier aux intervenants de première ligne des responsabilités accrues.

Ensuite, selon les données compilées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, on constate une répartition des effectifs médicaux très inégale entre les territoires²⁶ et ce, malgré l'élaboration d'ententes particulières pour faciliter la couverture par itinérance des endroits éloignés qui ne semblent plus présenter les conditions favorables à une installation permanente de la part des

²⁴ Répartition des effectifs médicaux - Données compilées par la Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux.

²⁵ Le Conseil médical du Québec a émis plusieurs avis sur le projet de politique triennale des inscriptions en médecine dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine depuis sa création en 1991.

²⁶ Répartition des effectifs médicaux par territoire - Rapport trimestriel produit par la Direction des Affaires médicales du MSSS.

médecins. La nature des ententes négociées influencent les choix de pratique, car des variations ont été observées dans les types d'activités médicales sans qu'il y ait forcément un lien avec l'accroissement ou la diminution du nombre de médecins.

Le développement d'ententes particulières taillées sur mesure afin de contrer les problèmes de recrutement peut s'accompagner d'obligations et seule une entente contractuelle formelle liant les membres d'une équipe médicale formée pour assurer la continuité de service contribuera à surmonter les difficultés rencontrées. Ces contrats pourraient s'avérer des outils efficaces de répartition des effectifs médicaux.

Recommandation :

Favoriser et maintenir la mise en place de comités formés de médecins et de représentants des établissements du réseau de la santé et du Ministère pour établir les paramètres d'engagements mutuels qui favoriseraient la répartition adéquate des effectifs médicaux.

Malgré les limites d'interprétation sur la pertinence et la nature des actes recensés, il est intéressant d'observer que depuis 1996, la quantité d'actes (81,9 millions) posés par l'ensemble des médecins n'a diminué que de 0,01 %, alors que le nombre de médecins se réduisait de 4 %. Toute proportion gardée, l'accessibilité aux services médicaux se serait maintenue malgré la baisse du nombre de médecins, alors que la demande de services semble s'être accentuée puisque les listes et les délais d'attente augmentent. Par ailleurs, il est difficile de prétendre que la santé de la population se serait détériorée durant cette période. Cependant, ces comités devraient également être formés afin de se pencher sur

l'adéquation des ressources, que celle-ci soit médicale ou de support, pour améliorer l'accessibilité aux services de première ligne.

S'il s'avère difficile de quantifier l'ampleur future de la croissance de la demande, le développement d'outils qui permettront d'évaluer les besoins de la population est le seul moyen qui apparaît utile au Conseil pour orienter les décisions concernant la planification du nombre et du type de formation attendus pour les futurs médecins.

Recommandation :

Consacrer les ressources adéquates pour développer les outils d'évaluation des besoins de la population afin de supporter la planification du nombre et du type de formation attendue des nouveaux médecins.

- Les effectifs syndiqués du réseau

Après une croissance constante, le nombre total des effectifs syndiqués du réseau a connu une baisse de l'ordre de 5 %, ce qui fait passer ce nombre à 213 289²⁷ en 1998-1999, mais cette réduction a eu un impact différent selon la catégorie d'emploi. Ainsi, les professionnels de la santé et les infirmières bachelières ont connu une progression constante de leur nombre depuis 1990-1991, passant respectivement de 14 972 à 20 768 et de 3 859 à 8 046 en 1998-1999, ce qui présente une croissance de 42 % et de 131 %. Quant au personnel technicien, il connaît une croissance d'environ 7 %, leur nombre s'établissant à 31 983.

²⁷ Nombre en poste, tiré du bulletin *INFO-SÉR HUM*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, juillet 2000.

Pour sa part, le personnel en soins infirmiers²⁸ chute de 6,6 %, d'un nombre de 100 568, il présente un creux de 93 903 en 1998-1999. Le nombre d'assistants techniques diminue de 12 % et glisse de 42 038 à 37 058 en 1998-1999, et le personnel auxiliaire se réduit de 28 % après un sommet de 26 391 à 18 849. De plus, contrairement au personnel plus spécialisé, ces catégories d'employés n'ont pas vu leur nombre amorcer une hausse en 1998-1999 après ces réductions.

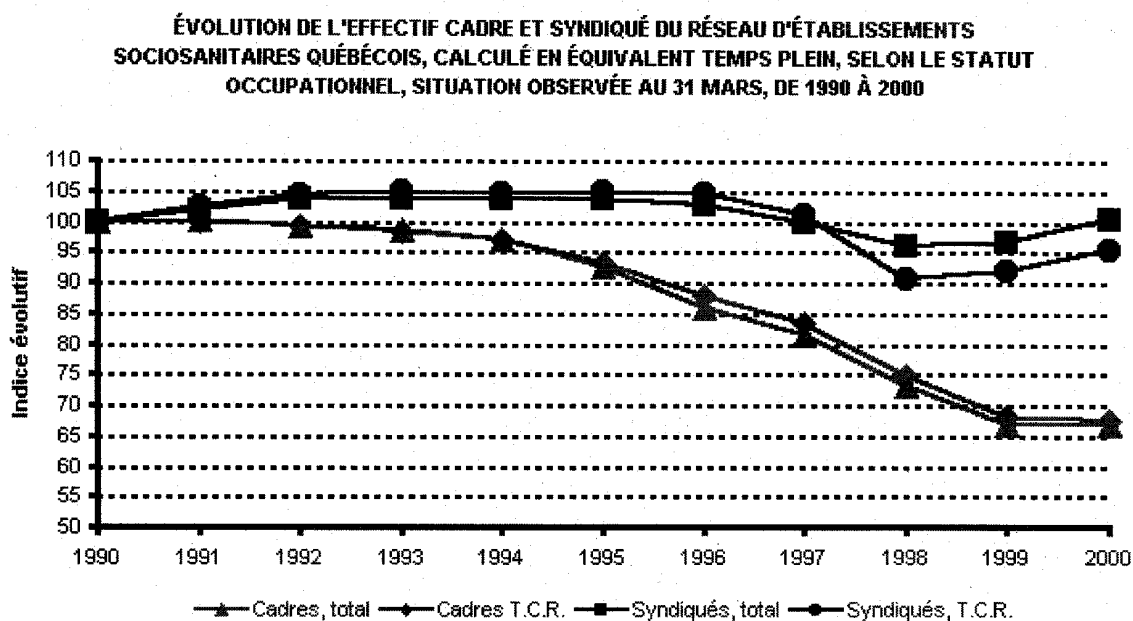
On note le fait que l'utilisation du temps supplémentaire a doublé entre 1995-1996 et 1998-1999. Ceci illustre l'inadaptation des conditions d'utilisation du personnel. L'impact des débordements des urgences qui se répercute sur l'utilisation des lits « réservés pour les activités chirurgicales », est souvent retenu pour expliquer en partie l'accroissement du recours au temps supplémentaire, ceci afin de permettre aux chirurgiens de réaliser les chirurgies déplacées de l'horaire régulier vers d'autres périodes, mais cette façon de faire nécessite la mobilisation d'équipes à un coût plus élevé.

De plus, le Conseil observe un sérieux recul du personnel moins spécialisé et en déduit que le nombre de personnes affectées aux soins directs aux patients est indubitablement réduit. Cela se traduit par la surcharge et l'essoufflement des effectifs plus spécialisés. Leur nombre plus faible globalement ne peut compenser l'intensité des soins prodigués aux patients durant leur période écourtée d'hospitalisation par le développement de la chirurgie d'un jour. L'accroissement numérique du personnel plus spécialisé dans le réseau des établissements de soins de courte durée et les CLSC, amène les membres du Conseil à penser que nous assistons à une intensification des services auprès des patients hospitalisés, puisqu'une réduction constante du nombre des

²⁸ Ce groupe comprend : infirmières, infirmières-auxiliaires et préposé(e)s aux bénéficiaires.

hospitalisations est également observable durant la période qui s'étend de 1991-1992 à 1997-1998.

Les objectifs poursuivis par la « transformation du réseau de soins », du moins en ce qui concerne la nature des activités réalisées en établissements de soins de courte durée, semblent en voie d'être atteints. Ce succès demeure intimement lié à l'accessibilité aux services ambulatoires et à la capacité de développer des services complémentaires auprès des patients en convalescence à la maison. Or, nous constatons que les résultats de ces investissements tardent.



Source : SDI, DGI, DGPSÉ, MSSS, mai 2001.

La situation risque de s'aggraver, du moins temporairement, car malgré l'accroissement du personnel amorcé en 1998-1999, il faudra du temps pour former et adapter les compétences des nouvelles personnes avant qu'elles

n'acquièrent toute l'expérience professionnelle permettant une amélioration de l'efficacité. Par ailleurs, les difficultés d'accessibilité persistent si l'on en juge par l'accroissement du nombre de personnes inscrites sur les listes d'attente et l'allongement de certains délais. Paradoxalement, le réseau a réussi, en dépit de la réduction de ses ressources humaines, à maintenir et même augmenter son offre de services dans certains secteurs : les interventions en chirurgie cardiaque, l'hémodynamie, l'angioplastie, le remplacement de la hanche, les opérations de cataractes en sont des exemples.

Puisque la demande de services apparaît sans limites, il s'agit donc de mettre en place les moyens assurant une prestation organisée en vue de rencontrer les besoins de la population. Dans les circonstances, les moyens de cerner les problèmes d'accessibilité doivent absolument être en mesure d'anticiper et de contrôler l'offre de services adaptés.

Recommandation :

Revoir l'approche d'une planification et d'une répartition des effectifs médicaux qui n'est pas actuellement liée avec l'allocation des ressources financières, organisationnelles et matérielles supportant les activités médicales, qu'elles soient réalisées en établissement ou en cabinet.

2.2 L'articulation entre les ressources

Au cours de notre analyse de l'accessibilité aux services médicaux, deux lacunes principales ont été identifiées : la difficulté qu'éprouvent certains médecins omnipraticiens pour obtenir l'accès à une consultation rapide auprès du médecin spécialiste, et les obstacles rencontrés par les médecins spécialistes lorsqu'ils

cherchent à « retourner » vers un médecin de famille le patient, surtout si celui-ci consulte par l'entremise de l'urgence ou de façon occasionnelle pour des problèmes spécifiques.

Le Conseil médical s'est déjà prononcé sur la nécessité de confier le rôle de coordonnateur des soins au médecin de famille²⁹ afin de favoriser une meilleure intégration des services médicaux. La hiérarchisation des services de santé proposée antérieurement par le Conseil suggère une transformation des façons de faire qui s'appuie sur la nécessité d'agir pour améliorer le fonctionnement actuel. Il s'avère toujours aussi essentiel, à cet égard, que les médecins spécialistes accordent la priorité de l'accès à la consultation et au soutien professionnel du médecin référant, ce qui exige une réorganisation de leurs priorités afin d'être disponibles pour donner rapidement suite à une demande de consultation qui peut leur être adressée par le médecin de famille.

Les problèmes évoqués par les médecins spécialistes pour trouver à leurs patients un médecin de famille, découlent du phénomène de consommation des services médicaux sur une base intermittente, fragmentée, par une tranche appréciable de la population³⁰ utilisant systématiquement les services «sans rendez-vous » des cliniques médicales, du CLSC ou de l'urgence, mais qui n'a pas de médecin de famille. Selon une étude³¹, les usagers d'urgences hospitalières pour conditions non urgentes se retrouvent davantage chez les jeunes, les membres des classes économiquement défavorisées, les personnes

²⁹ Conseil médical du Québec, *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter : la hiérarchisation des services médicaux*, Québec, 1995, 47 p.

³⁰ Un sondage de Zins, Beauchesne et Associés (1996) rapportait que 31,2% des personnes n'avaient pas de médecin de famille. Un sondage Léger et Léger (mai 2000) indique 21,4%. Données tirées du Mémoire de l'AMQ à la Commission Clair, *Repenser le système pour mieux rencontrer les défis des prochaines années*, 2000, 50 p.

³¹ Nicole Leduc, « La recherche sur l'utilisation des services de santé pour comprendre le comportement des consommateurs », *Ruptures*, vol. 6, n° 1, 1999, p. 104-118.

socialement isolées. Pourquoi ces gens continuent-ils de recourir à ce type de ressource plutôt qu'à une autre ? En fait, les utilisateurs des urgences hospitalières verraient beaucoup d'avantages à ce type de service : ils s'y sentent en sécurité, leur problème complètement pris en charge par les professionnels. Ils soulignent la possibilité d'accès à l'hospitalisation si leur état se détériore et attribuent à l'urgence la disponibilité en tout temps des tests de laboratoire, de médecins spécialistes et de rapidité de traitement. Fait intéressant, ces utilisateurs de l'urgence hospitalière ne ressentent pas un quelconque besoin d'information malgré leur piètre connaissance des services offerts ailleurs qu'à l'hôpital. Les caractéristiques sur lesquelles ces utilisateurs basent leur choix sont le temps d'attente, la qualité technique perçue des médecins, la disponibilité des services spécialisés et la capacité d'écoute.

En outre, puisqu'il s'avère difficile pour les médecins spécialistes de trouver un médecin omnipraticien qui accepterait de recevoir leurs patients pour un suivi régulier, bien qu'il ne soit pas « normal » que ce suivi soit assuré par ceux-ci, cette situation empêche d'améliorer la disponibilité du spécialiste pour supporter le médecin de famille. Les liens omnipraticiens-spécialistes, dans un sens ou l'autre, sont encore souvent basés sur les « contacts personnels » entre médecins et sur la connaissance des « chemins d'accès » permettant d'accélérer le cheminement du patient auprès des services diagnostics. Aussi il est impérieux d'assurer le développement d'une communication efficace et régulière par tous les moyens possibles.

2.3 Y a-t-il un consensus sur la manière d'utiliser ces ressources ?

Aujourd'hui, on note tellement d'entraves au bon fonctionnement de nos organisations, qu'il faudra se doter de moyens pour y introduire plus de

souplesse dans les règles internes, pour l'application des conventions collectives et dans l'organisation du travail : cela produirait un effet bénéfique sur l'amélioration de l'accès ainsi que sur le moral des équipes de travail. Lorsque les services ne sont pas adaptés aux besoins des patients, c'est peut-être parce que les ressources physiques et humaines ne s'y prêtent pas ou sont incapables de s'ajuster aux nouvelles réalités. Cette situation peut résulter aussi d'un manque de vision à long terme qui a entraîné des effets « inattendus » lors de la poursuite de la réduction des coûts sans prendre en considération la nécessité de devoir investir dans les « changements ».

Nous avons constaté que le personnel des établissements de santé serait de plus en plus spécialisé ; il s'avère donc impératif d'introduire plus de souplesse et de flexibilité pour faciliter l'organisation du travail. La réduction du nombre de nouveaux patients, dans certains départements avant la fin de la journée ou le vendredi parce que le personnel ne sera plus disponible pour soigner ces patients après telle heure, occasionne non seulement des problèmes d'accessibilité pour les patients et allonge leurs délais d'attente, mais entraîne également la sous-utilisation chronique d'équipements onéreux. Ce manque de flexibilité des horaires du personnel, qui commandent le fonctionnement interne, tend à démontrer qu'une telle organisation serait plutôt centrée sur les besoins du personnel qui y travaille que sur les « besoins » du patient.

L'implication du personnel est une composante essentielle dans le développement du sentiment d'appartenance, celui-ci ayant été grandement affecté suite aux transformations subies dans le réseau d'établissements de santé. Le désengagement individuel, le départ des éléments qui possédaient une très grande expérience, la nécessité de s'investir pour intégrer les nouvelles façons de faire, créent une forte pression sur ceux qui restent.

Notre système de soins est en situation de monopole étatique : afin de contrer l'expansion d'intérêts individuels ou de groupes corporatifs, le développement d'outils de gestion amenant une certaine souplesse dans l'organisation du travail devra être confié aux dirigeants des établissements et récompensé par des mesures incitatives. Il ne faut pas nier que la pression sur les ressources peut résulter de règles arbitraires (coupures budgétaires, date de fin d'année financière, etc.), mais il ne faut pas sous-estimer l'impact de la réduction de l'offre de services par un fonctionnement sans souplesse limitant les heures d'accès en fonction des horaires du personnel, ou l'accès aux équipements parce que ceux-ci « appartiennent à un autre service ». Une telle culture s'avère peu compatible avec une conception des services centrée sur les besoins des patients.

Présentement, deux méthodes de financement coexistent dans l'organisation des soins. D'une part, une méthode prospective attribue les budgets de fonctionnement aux établissements du réseau afin de leur transférer la responsabilité des choix de priorité dans la prestation de services. D'autre part, une méthode rétrospective s'applique à l'égard du remboursement des honoraires médicaux.

Le Conseil est d'avis qu'il faut réviser le concept actuel qui confie un budget global à un établissement pour son fonctionnement, sans lui accorder les outils appropriés pour améliorer son fonctionnement interne. L'importance du rôle de gestionnaire a été fortement diminuée dans nos organisations et il faut réduire la bureaucratie qui ne s'attache qu'au suivi des processus. Malheureusement, les outils actuels de gestion n'offrent guère la possibilité de les rendre responsables et imputables car le concept actuel de budgétisation sur base historique sans lien avec la nature des activités apparaît contre-productif. L'introduction de contrôles sur les volumes d'utilisation visant à interrompre l'escalade des coûts s'avère peu

efficace dans le cas où l'on ne dispose pas d'informations permettant de lier ces résultats à la performance réelle des choix exercés dans le fonctionnement global de notre système de soins. Les membres du Conseil croient qu'un changement des règles s'impose afin de créer un climat permettant d'orienter les pratiques vers celles qui sont manifestement plus novatrices; toutefois, ces efforts doivent être rétribués. Pourquoi ne pas tenter l'introduction de projets concrets basés sur la passation de contrats avec les hôpitaux du secteur public, leur garantissant ainsi une forme d'autonomie financière et de gestion assortie de critères évaluant leur performance ? La maîtrise des coûts et l'amélioration de la qualité des services fournis pourraient être récompensées, tout en favorisant l'innovation dans les façons de faire.

Recommandations :

Explorer des moyens concrets pour assouplir l'application des règles des conventions collectives en regard d'une amélioration de l'organisation des soins et du travail axée sur les besoins du patient.

Se doter d'outils d'évaluation de l'impact des changements introduits dans les ententes modifiant les conditions de rémunération sur l'accessibilité aux services médicaux.

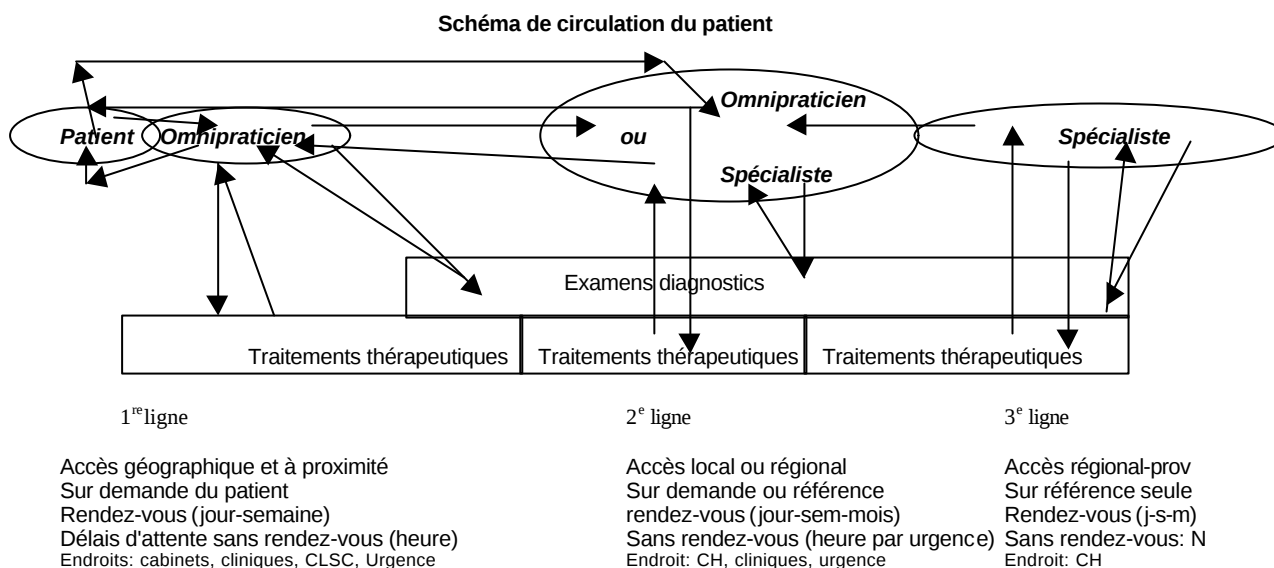
2.4 L'organisation des services médicaux

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q.,1991, chapitre S-4.2) consacre le droit à toute personne de recevoir des services de santé adéquats, à la fois sur le plan scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée. Elle confirme le droit à tous les citoyens du Québec de

choisir le médecin et l'établissement ou le cabinet privé desquels ils désirent obtenir leurs services de santé.

Les médecins sont des professionnels autonomes qui fournissent à la population un large éventail de services médicaux assurés par le régime public. Pour offrir leurs services, les médecins exercent au sein d'un vaste réseau d'établissements publics et en cabinets privés. Chaque établissement présente une entité organisationnelle autonome et malgré les fusions de plusieurs établissements, l'organisation des services n'est pas réellement intégrée. Le patient peut avoir accès aux services de plusieurs médecins pour un même épisode de soins. Il a aussi le privilège d'accéder directement au médecin spécialiste de son choix qui, quant à lui, peut faire le suivi du patient ou le retourner à son médecin omnipraticien. Par conséquent, dans notre système de soins, le patient peut subir des délais à plusieurs niveaux :

- avant de rencontrer le médecin omnipraticien ;
- avant de rencontrer le médecin spécialiste pour une consultation ;
- à chaque étape des examens nécessaires avant de recevoir un diagnostic ;
- avant de recevoir un traitement ;
- à chaque étape du traitement ;
- avant de recevoir les services post-traitements ;
- avant de recevoir les services de réadaptation.



Le délai d'attente, qui devrait être calculé à partir du moment où le patient décide de consulter un médecin, peut être allongé par les difficultés rencontrées pour passer d'une étape à l'autre, surtout si la référence concerne l'utilisation de ressources situées dans différents établissements. Ces difficultés sont accentuées si les services sont répartis dans plusieurs départements ou dans des établissements situés hors de la région administrative du patient.

La constitution de listes d'attente et l'allongement des délais sont la conséquence de la sectorisation des compétences et d'un système de soins qui s'est complexifié. La pratique médicale est de moins en moins polyvalente et cela a eu pour effet de multiplier le nombre de consultations et d'exams nécessaires avant d'établir le diagnostic.

Nous sommes en face d'un paradoxe où l'accès à la technologie, destiné à appuyer le diagnostic, risque de se substituer à la nécessité d'exercer le jugement clinique, véritable pierre d'assise du diagnostic médical. L'incapacité de répondre à la demande n'est pas dramatique en soi, sauf si on atrophie le rôle du clinicien à celui qui utilise les ressources technologiques pour résoudre le problème de son patient. Il faut éviter de remplacer le jugement clinique par l'accentuation de l'usage de la technologie, malgré le fait que celle-ci est là pour rester.

CHAPITRE 3

LES LISTES ET DÉLAIS D'ATTENTE

Dans le système actuel de soins, l'accès universel aux services médicaux, sans égard à la capacité financière de l'individu, se trouve modulé par l'existence de listes d'attente. Ces listes d'attente ne constituent pas en soi un vice du système, dans la mesure où les cas urgents ou semi-urgents sont traités en priorité et que les délais d'attente, pour les cas électifs, sont acceptables selon les normes cliniquement reconnues.

3.1 État de la situation : notre sondage

En janvier 2001, le Conseil a procédé à une collecte d'informations auprès des responsables de la gestion des listes d'attente³² dans les régions régionales pour connaître les difficultés entourant la cueillette et l'utilisation de ces données pour la prise de décisions visant l'amélioration de l'accessibilité aux services médicaux.

Sur les dix-huit régions régionales, nous avons contacté seize régions excluant les régions 17 et 18 (Nunavik et Baie-James). De ce nombre, treize ont répondu au questionnaire. Ce taux de réponse de 81 % donne une bonne représentation de la situation vécue par les régions³³. Le questionnaire a été complété par quatre entrevues téléphoniques afin de clarifier certains éléments de réponse. Les résultats de notre sondage démontrent les faits suivants : toutes les régions ont désigné une personne responsable de ce dossier³⁴ qui recueille trimestriellement

³² Les spécialités pour lesquelles les données sont recueillies sont précisées à l'annexe C du présent avis.

³³ Annexe C – Analyse du questionnaire sur la gestion des listes d'attente.

³⁴ *Ibid.*

le nombre de personnes en attente d'une chirurgie ou de certains traitements. La cueillette des données regroupe les patients en attente d'une chirurgie d'un jour d'une part, et d'autre part ceux en attente d'une chirurgie avec hospitalisation. Les listes d'attente varient selon les spécialités (par exemple : diminution en ophtalmologie du nombre de patients en attente d'une chirurgie de la cataracte, stabilité en orthopédie pour le remplacement de la hanche et croissance du nombre pour le remplacement du genou), et se concentrent majoritairement sur des services médicaux susceptibles d'être différés car les patients à opérer dans de très courts délais ne sont pas inscrits sur les listes d'attente. Il est difficile de mesurer la capacité de notre système de soins à s'adapter et à offrir les services médicaux dans un délai acceptable, selon la gravité ou l'état, avec les données actuellement compilées. De l'avis unanime des répondants, les cas urgents ou semi-urgents ne subiraient pas de délais indus et seraient traités rapidement. Toutefois, à la lumière des résultats du sondage, la majorité des répondants ignorent l'ampleur du phénomène de l'allongement des délais d'attente supportés par les cas électifs avec les données actuellement compilées, mais ils indiquent que l'allongement des délais reflète souvent l'effet combiné de plusieurs facteurs, dont les plus importants sont : la réduction du nombre de salles d'opération, le départ du personnel spécialisé, l'application de coupures paramétriques réduisant l'accès des médecins aux ressources hospitalières ou encore les répercussions du choix personnel des médecins dans leur pratique.

Les données sur les listes d'attente sont colligées auprès des établissements par l'intermédiaire des régies régionales qui prennent un portrait ponctuel du nombre de patients en attente. En outre, la majorité des régions ne disposent pas de systèmes informatisés et signalent que la collecte de données pose certaines difficultés en ce qui concerne la fiabilité des données (30 % des répondants), ou les délais de réponse (50 %). La majorité des répondants déclarent que les critères de désignation des patients en « attente » sont clairs d'une part, mais

mentionnent que les listes compilées sont difficilement comparables entre établissements car les sources de données peuvent varier d'un établissement à l'autre et la validité des informations dépend de la volonté des établissements d'effectuer une évaluation périodique de leurs patients en attente d'une chirurgie élective. Il appert que dans la très grande majorité des cas, la cueillette de données est compilée manuellement ou à partir de systèmes informatiques qui ne sont pas nécessairement adaptés à la gestion de l'information facilitant la prise de décision.

Dix répondants sur douze déclarent effectuer l'analyse des données recueillies, mais seulement quatre produisent des rapports d'analyse comparative ou exhaustive. Deux régions affirment procéder à un retour d'information aux établissements, mais plusieurs commentaires recueillis démontrent leur intérêt marqué à recevoir de la part du Ministère une analyse et un suivi de la collecte des données pour leur région et sur une base provinciale. Tous les répondants disent ne pas diffuser ces données directement aux praticiens et ignorent si ces données sont transmises par les établissements à leurs praticiens. Par ailleurs, la moitié des répondants confient qu'à leur connaissance, les données recueillies servent à la gestion interne des établissements et soulignent que certaines données sont intégrées à des tableaux de bord de gestion. L'utilisation de ces données semble être généralisée pour appuyer les décisions d'allocation ou de réallocation budgétaire ou pour soutenir des demandes auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux. Toutefois, il appert qu'il est très difficile de gérer l'organisation de services et d'allouer rapidement les ressources adaptées en fonction des données qui sont compilées par les régies régionales.

Recommandations :

Uniformiser la cueillette de données en établissant un cadre normatif qui faciliterait la comparaison des listes d'attente entre les établissements, en regard d'une amélioration de l'organisation régionale de soins axée sur les besoins des patients.

Se doter d'outils informatiques de gestion intégrée pour faciliter l'évaluation du niveau d'accessibilité aux soins d'une région à l'autre afin d'améliorer l'organisation de services et mieux supporter les décisions d'allocation de ressources humaines, matérielles et financières.

3.2 La gestion des listes d'attente

En l'absence de données adéquates, il se peut que l'on ne s'aperçoive pas de l'existence d'un problème et il devient impossible de savoir où et comment améliorer le processus. Dans un établissement de santé, rappelons que les listes d'attente ont deux grandes fonctions : premièrement, l'enregistrement des patients devant être admis pour un traitement, deuxièmement, un outil de planification de la prestation des services.

Si les listes d'attente sont nécessaires pour la planification des activités médicales et hospitalières et qu'elles constituent un moyen d'établir les priorités en matière d'organisation de soins, le patient ne doit figurer sur une liste d'attente que s'il a pris la décision de suivre l'avis de son médecin à l'égard du traitement ou de l'examen prescrit. Au moment de son hospitalisation, ce patient n'est plus considéré « en attente » et il ne doit plus faire partie des listes d'attente qui sont compilées en vue d'évaluer la demande non comblée.

Qu'elle soit informatisée ou manuelle, une liste d'attente devrait contenir suffisamment de renseignements pour orienter les choix à faire dans la gestion des délais d'attente. Il importe donc que ces renseignements soient mis à jour régulièrement. Il est clair cependant, qu'on ne saurait envisager de résoudre le problème si l'on ne dispose pas d'un système d'information approprié.

Recommandation :

Se doter d'une planification stratégique afin d'investir dans la mise en place d'un système d'information permettant l'utilisation des listes d'attente comme outil de gestion.

Les listes d'attente doivent offrir une information adéquate permettant de mettre en place les moyens adaptés afin d'éviter qu'une situation ne se dégrade. Elles ont souvent été utilisées pour exercer une pression politique à l'endroit des décideurs afin de favoriser les investissements dans le développement de nouvelles ressources. De longues listes d'attente peuvent être utilisées, tant par les établissements que par des regroupements professionnels, pour orienter la distribution de ressources. Elles servent à prouver qu'une demande est largement insatisfaite, justifiant les revendications pour que l'on accorde des ressources supplémentaires.

Dans notre système de santé au Québec, une longue liste d'attente oriente fréquemment des décisions d'aide financière additionnelle sans qu'il n'y ait cependant de suivi sur l'amélioration de l'organisation. En outre, l'effet réel à long terme des interventions ciblées (hormis le nombre de patients traités) est peu ou pas mesuré. Certaines études remettent en cause la confiance envers les pratiques professionnelles en démontrant que d'importantes variations dans les

pratiques médicales³⁵ sont reliées à la présence ou non de ressources à proximité. D'autres soulèvent des interrogations sur le fait que ces efforts d'accroissement de l'offre génèrent une plus forte demande³⁶ encore, car les indications médicales de traitement s'élargiraient et maintiendraient la pression d'un nombre toujours croissant de patients sur le système. Ainsi, l'efficacité dans la perspective de s'assurer que les dispensateurs de services offrent le maximum de services par rapport aux ressources utilisées, et l'efficacité au sens où les services offerts doivent être les services appropriés³⁷ n'en sont que plus primordiales. Par exemple, en ce qui concerne les traitements en oncologie, des mesures exceptionnelles et urgentes ont été prises afin de pallier au sous-investissement dans ce secteur depuis les dernières années. Pourtant, l'incidence du cancer est en croissance et il s'avère encore difficile de coordonner les efforts des dispensateurs de soins, même à l'échelle d'une région, afin de s'assurer que les patients puissent recevoir rapidement les soins nécessaires à l'amélioration de leur état. De plus, lorsqu'il devient possible de traiter des patients qui jusque-là ne pouvaient pas l'être et que cette technologie prend sa place parmi les soins «normaux », on constate généralement une augmentation de la demande pour ce type de traitement. Les planificateurs devraient pouvoir disposer d'outils permettant d'orienter les investissements dans les secteurs prioritaires, ce qui actuellement n'est pas le cas.

³⁵ K. McPherson, *et al.* « Small area variations in the use of common surgical procedures : an international comparison of New England, England and Norway », *New England Journal of Medicine*, vol. 307, n° 21, 1982, p. 1310-1314; N.P. Roos, «Hysterectomy: variations in rates accross small areas and accross physicians' practices », *American Journal of Public Health*, vol. 74, n° 4, 1984, p. 327-335.

³⁶ J. Newton, J. Henderson et M.J. Goldacre, «Waiting list dynamics and the impact of earmarked funding », *British Medical Journal (BMJ)*, vol. 311, septembre 1995, p. 783-785.

³⁷ Conseil médical du Québec, *Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, Québec, 1997, 69 p.

Recommandations :

Se doter de moyens pour comparer les données des listes d'attente afin d'orienter les décisions dans l'allocation des ressources humaines, budgétaires, d'équipements ou d'immobilisations.

Développer des outils d'analyse systémique pour évaluer les éléments qui peuvent avoir une influence sur l'accroissement de la demande afin d'y arrimer le développement des ressources et des moyens nécessaires pour y répondre.

3.3 Les délais d'attente

Les patients inscrits sur une liste d'attente ne se trouvent pas dans cette situation simplement parce qu'ils l'ont demandé ou qu'ils le désirent. La détermination du besoin d'un patient pour recevoir certains traitements ou certains examens repose sur l'idée qu'a le médecin du bienfait que son patient peut en retirer. L'établissement d'une priorité d'accès ne peut pas être exclusivement fondé sur la nature de la maladie³⁸ mais doit prendre en compte la qualité de vie du patient, c'est-à-dire sa capacité à accomplir les gestes de la vie quotidienne et à conserver son autonomie.

C'est là que le problème concernant le délai d'attente pour des patients qui ne sont pas urgents s'avère le plus difficile à cerner. En effet, le délai imposé au patient doit rester cliniquement acceptable, malgré les contraintes administratives de tous ordres. Une partie des délais peut être causée par la

³⁸ S.E.D. Shortt, «Waiting for medical care : is it who you know that counts?», *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 161, n° 7, 1999, p. 823-824.

création de goulots d'étranglement dans certains secteurs qui manquent de ressources (humaines ou matérielles) ou dont le fonctionnement n'est pas optimal.

3.4 Équité, pertinence, transparence, efficacité

L'accessibilité aux soins médicaux et hospitaliers doit idéalement être déterminée par le besoin médical des patients sans égard à leurs caractéristiques socio-démographiques. Le médecin joue un rôle essentiel dans la gestion des listes d'attente, car le choix du moment de l'intervention devrait être spécifiquement lié à l'efficacité de son intervention ainsi qu'à l'importance de la souffrance que doit supporter le patient, de la limitation dans ses activités et du risque potentiel que le délai accentue. Toutefois, une variabilité est parfois observée dans la durée d'attente *v.g.* : selon l'affiliation hospitalière du médecin référent, selon le statut socio-politique du patient, du fait que le patient « connaît bien » son médecin³⁹, qu'il est bien informé, très anxieux ou simplement qu'il insiste fortement pour bénéficier d'un accès préférentiel. Il demeure néanmoins essentiel de s'assurer que la gestion des listes d'attente soit équitable et ne soit pas menacée par des intérêts de tous genres⁴⁰.

Les délais d'attente « acceptables » ont généralement été précisés par les groupes de travail qui se sont penchés sur la question⁴¹ et des guides ont même été publiés à cet effet. Ces informations devraient être plus largement diffusées et faire l'objet de discussions au sein des organisations hospitalières et des équipes médicales afin d'assurer la pertinence des cas inscrits sur leurs listes

³⁹ S.E.D. Shortt, *loc. cit.*, p. 823-824.

⁴⁰ D.A. Alter, *et al.* « A survey of provider experiences and perceptions of preferential access to cardiovascular care in Ontario », *Annals of Internal Medicine*, vol. 129, octobre 1998, p. 567-572.

d'attente. Il s'avère donc nécessaire que les chefs de département puissent disposer d'informations sur les activités et les profils d'activités de chacun des membres de leur département, afin que le fonctionnement interne soit évalué et que des mesures concrètes puissent être prises pour améliorer l'organisation des soins. La mise en place de systèmes d'information adaptés à ces besoins cliniques se révèle primordiale pour améliorer la gestion et soutenir le développement d'une approche de qualité des services aux patients.

Au plan régional et national, les administrations doivent nécessairement disposer d'un ensemble d'informations pour que celles-ci fassent l'objet d'une analyse et soient éventuellement diffusées afin de susciter l'émulation. L'implantation d'un registre national, comme il en existe dans certains pays d'Europe ou en Ontario, est souvent vue comme une solution pour assurer la fiabilité des listes d'attente et éventuellement permettre d'effectuer les analyses nécessaires pour en bonifier le fonctionnement.

Recommandation :

Établir une banque de données fiables et uniformes qui permettrait de comparer les divers types de prestation de services selon les activités médicales, sur une base d'établissement ainsi qu'au niveau régional et national.

Il n'en demeure pas moins qu'il faut être très prudent dans le développement des moyens qui permettraient de comparer les délais et listes d'attente entre les régions, d'un établissement à l'autre ou au sein de la même organisation. Les objectifs de transparence évoqués peuvent faire l'objet d'une forte résistance de

⁴¹ Collège des médecins du Québec. « Classification des patients en attente de chirurgie cardiaque », *Énoncé de position*, juin 1998, 2 p.

la part de l'ensemble du personnel des établissements du réseau si la collecte de ces données requiert un accroissement de la charge de travail sans une contrepartie permettant d'améliorer concrètement et rapidement la qualité de la gestion interne.

3.5 Le virage informatique

Pour raccourcir les délais et alléger les listes d'attente, le problème doit être traité dans le cadre d'une amélioration du fonctionnement interne visant à s'assurer que le patient soit orienté et accompagné vers les ressources appropriées à la fin de chaque étape de son traitement. Si l'on ne garde pas de traces des délais d'attente, il est très difficile de remédier à la situation. Le suivi des soins pourrait être grandement facilité si le dossier « suivait » systématiquement le patient. Nous assistons au développement d'une série d'outils informatisés permettant, par exemple, aux consommateurs d'avoir accès, partout dans le monde, à leur compte bancaire. Il faut prendre le « virage » informatique prioritairement afin d'assurer au patient un meilleur suivi médical : les possibilités de l'informatique permettent le développement d'outils précieux qui peuvent améliorer le travail des médecins dans le suivi de leurs patients. La mise en place du système informatisé supportant le programme d'assurance médicament est un exemple récent où l'expertise qui avait été développée a pu être transposée efficacement car elle était appuyée par la volonté gouvernementale d'implanter rapidement ce nouveau programme.

Recommandation :

Doter le réseau d'établissements de santé et les cabinets privés d'un système de gestion informatisé intégré permettant le suivi du patient inscrit sur différentes listes d'attente.

L'informatisation du dossier médical, au cœur de plusieurs projets d'expérimentation, améliorera la circulation de l'information entre les médecins travaillant en cabinet privé et ceux qui sont en établissement. Le dossier médical informatisé pourrait également parfaire la communication avec le patient⁴², lui offrant la possibilité de mieux connaître son état de santé et l'inciter à exercer une plus grande responsabilité à l'égard du maintien de sa santé. Par ailleurs, l'utilisation de technologies qui permettraient l'accès et la consultation de l'ensemble des données significatives d'un patient soulève des craintes légitimes concernant la protection du dossier médical et de la vie privée des patients. Un certain nombre de conditions régissant la confidentialité du contenu médical, des modifications que l'on peut apporter au dossier et à son accessibilité, sont absolument nécessaires. À cet égard, le Conseil a déjà fait sienne⁴³ la position de la Commission de l'accès à l'information qui conclut que, si elle est bien utilisée, la carte à microprocesseur s'avérera un outil compatible permettant la confidentialité requise et le respect de la vie privée, et il adhère aux règles qui devront encadrer la mise en place de cet outil.

⁴² Yan Barcelo, « Meilleur médecin grâce à l'informatique », *Les Affaires*, 27 octobre 2000, p. 32 (ce numéro contient d'autres articles liés à l'informatisation dans le domaine de la santé).

⁴³ Conseil médical du Québec, *Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, Québec, 1997, 69 p.

Extrait de l'avis⁴⁴ de la Commission de l'accès à l'information sur le projet de carte-santé de Rimouski, paru en mars 1996.

Au terme de son évaluation, la Commission en arrive à la conclusion que les promoteurs de tout projet de cartes santé à microprocesseur doivent respecter les règles qui suivent.

La règle de la transparence : le projet, ses principes, ses objectifs et finalités doivent être expliqués aux utilisateurs.

Les règles relatives aux finalités d'un projet : la finalité d'un projet doit être déterminée et légitime. Aucune modification à ces finalités ne peut être apportée lors de l'utilisation de la carte, à moins que l'ensemble des utilisateurs n'y ait consenti.

La règle de la nécessité, de la pertinence et de l'exactitude des renseignements : tous les renseignements recueillis sur la carte doivent être nécessaires et pertinents à la finalité déclarée. L'exactitude des renseignements est possible lorsqu'une méthode de mise à jour est prévue.

La règle de la confidentialité : outre les professionnels de la santé, toute personne amenée dans le cours de son travail à prendre connaissance des renseignements contenus sur la carte doit être astreinte au respect de la règle de confidentialité.

Le droit d'accès et de rectification : le patient a le droit de prendre connaissance des renseignements qui le concernent et d'en obtenir une copie. Il peut également exiger la rectification des renseignements lorsque ceux-ci sont inexacts, incomplets ou équivoques.

La règle de la journalisation et de la signature électronique : le patient a droit de connaître l'identité des personnes qui consultent ou inscrivent des données sur sa carte. La consultation qui se fait avec l'accord du patient ne nécessite pas de trace électronique. Il en est autrement de l'écriture : son auteur doit signer chaque inscription.

La règle du consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements : en principe, aucun renseignement ne devrait être recueilli, utilisé ou communiqué sans le consentement du patient. Lorsque la carte santé a une vocation strictement médicale, elle doit respecter le principe de base qui veut que le patient jouisse de toute liberté de se faire soigner ou non. Ainsi n'est-il soumis à aucune obligation de divulguer des informations sur son état de santé.

⁴⁴ Commission d'accès à l'information du Québec, Avis relatif au projet pilote de carte santé mené dans la région de Rimouski, 1996, 43 p.

Les préoccupations pour améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé sont généralement les suivantes :

- améliorer l'accessibilité des services aux patients ;
- exercer un meilleur contrôle des coûts de santé ;
- réduire le nombre de consultations pour un même problème de santé ;
- limiter la répétition des examens de laboratoire ;
- minimiser la redondance dans la collecte de données de base ;
- faciliter le suivi pharmaceutique ;
- simplifier la gestion des honoraires et éviter les erreurs de facturation ;
- sensibiliser le patient aux coûts d'utilisation des services de santé ;
- responsabiliser le patient face à son suivi médical.

Tels devraient également être les objectifs de l'informatisation de nos données. L'utilisation de technologies destinées à la constitution de banques de données significatives sur la pratique de chaque médecin peut éveiller des soupçons sur les enjeux réels et les intérêts cachés par la mise en place de ces données. Les administrations perçoivent cela comme une « résistance importante » de la part des médecins mais les craintes concernant la protection des informations sur leur pratique professionnelle devront être prises en compte pour inciter à une approche axée sur la résolution de ce problème. Il ne faut pas oublier que la pratique de la médecine n'est pas qu'une science, c'est également un art. Les façons de faire, les conditions d'exercice, la particularité de la relation médecin-patient rendent extrêmement difficiles les contraintes de standardisation et de reproductibilité qu'exige l'ordinateur. L'impact de la présence d'un micro-ordinateur sur le dialogue du médecin avec son patient ainsi que sur la durée de la consultation médicale, le partage de l'information médicale entre les professionnels ainsi que les éventuels bénéfices qui peuvent être retirés font

partie des questionnements et des réticences : il faut donc impliquer les médecins dans cette transformation si l'on veut en faire un succès.

Il faudrait éviter d'axer le développement de ces outils sur la nécessité du « contrôle administratif », parce que celui-ci présente un caractère potentiellement punitif à tout exercice d'évaluation de la pratique médicale. L'avènement de l'informatisation réclame des changements de comportement qui résulteront à la fois de l'intention de réaliser ou non ces changements, des habitudes acquises ainsi que des conditions qui faciliteront ou nuiront à l'acquisition des nouvelles façons de faire. D'autres éléments, telles la notion du coût pour l'utilisateur ou la possibilité d'accès à des systèmes d'aide à la décision, peuvent influencer l'adhésion à l'égard de l'utilisation des systèmes d'information. Il est clair que l'implantation de ces systèmes de gestion devra apporter un bénéfice direct à son utilisateur ainsi qu'au patient si on désire l'adhésion des médecins à ce type de projet⁴⁵.

Ainsi, le déploiement de ces systèmes devrait prioritairement être orienté pour faciliter la pratique, dégager du temps clinique et accentuer la disponibilité pour des activités professionnelles. L'avènement d'un système de reconnaissance et traitement de la voix réduira les contraintes liées à l'utilisation du clavier et sera peut-être l'élément significatif facilitant l'implantation de ces nouvelles technologies.

Si la volonté ministérielle d'informatiser le domaine de la santé s'inscrit dans un contexte de rechercher une réelle amélioration de l'efficacité et de la qualité des soins de santé, le Conseil est d'avis que seule une approche de responsabilisation et de support aux médecins lors de l'implantation des

⁴⁵J.P. Fortin et P. Joubert (sous la dir. de), *Évaluation du projet québécois d'expérimentation de la carte santé à microprocesseur : rapport final*, Sainte-Foy, Université Laval, 1996, 141 p.

systèmes de gestion des listes d'attente, permettra d'obtenir les résultats recherchés d'amélioration de l'accessibilité aux services médicaux.

Recommandations :

Assurer le développement des systèmes d'information et de gestion des dossiers qui garantit aux patients la confidentialité des données personnelles.

Implanter un accès différencié à un réseau de données cliniques. Que cet accès soit rigoureusement contrôlé selon le type de professionnel de la santé et selon le type de consultation ou d'inscription à faire au dossier du patient.

CHAPITRE 4

TENDANCES ET PERSPECTIVES

L'accessibilité aux services de santé, telle que nous la connaissons actuellement, risque d'être menacée par plusieurs éléments qui se conjuguent et qui pourraient modifier profondément les acquis actuels. L'environnement externe peut être responsable de l'écart entre l'état actuel des choses et celui considéré comme désirable, mais des forces internes à notre système de soins sont également présentes et pourraient accentuer ou réduire les effets anticipés des tendances observées dans notre société. Le Conseil s'est interrogé sur l'ampleur de ces changements anticipés.

4.1 La transformation dans la prestation des services

- **Réduction du nombre de lits**

L'impact de la transformation dans l'organisation sur l'accessibilité aux soins (le virage ambulatoire) a amené des changements majeurs⁴⁶ dans le secteur hospitalier durant la période comprise entre 1990-1991 et 1996-1997. Le nombre de personnes hospitalisées en chirurgie présente une baisse de l'ordre de 18,8% pour la période étudiée. Le nombre de personnes hospitalisées en médecine, en croissance constante jusqu'en 1994-1995, amorce une légère diminution (5,3 %). Pour leur part, les journées d'hospitalisation ont été réduites de 23,5 % en chirurgie et de 13,7 % en médecine. Ces diminutions se traduisent par une baisse pour

⁴⁶ Lysette Trahan, *et al. Évaluation des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires : ensemble du Québec*, coll. « Études et Analyses », 40 (2); Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 115 p.

l'ensemble du réseau hospitalier de courte durée de 65 000 hospitalisations et de 930 000 journées d'hospitalisation en 1996-1997 par rapport au nombre observé en 1994-1995.

La chirurgie d'un jour s'accroît et son volume dépasse le nombre de chirurgies nécessitant une hospitalisation, mais cette augmentation n'avait pas, au moment de l'étude⁴⁷, compensé la baisse des cas de chirurgie avec hospitalisation. De l'avis des experts, l'absence de données standardisées empêcherait de connaître l'état réel de l'impact du virage ambulatoire.

Le secteur hospitalier a vécu une réduction sensible du nombre de lits, du nombre de journées d'hospitalisations et a transformé les ressources hospitalières pour accroître son accessibilité particulièrement en développant les services de chirurgie d'un jour. Paradoxalement, les effets de ces changements sur l'accessibilité aux soins ne se font que peu sentir au niveau des listes d'attente et les délais d'attente continuent à s'accroître légèrement.

- **Transfert des responsabilités de soins post-traitement**

La réduction du nombre de lits de soins aigus en centres hospitaliers doublée de la réduction importante du personnel affecté à la prestation des soins, a eu un impact significatif sur le transfert de la responsabilité de certains soins hospitaliers vers le patient et sa famille. Il faut souligner que le réseau n'était pas prêt à faire face à l'ampleur des changements découlant du virage ambulatoire d'autant plus que les

⁴⁷ *Op. cit.*, p. 78.

ressources financières adéquates n'ont pas été allouées pour faire cette transition aussi rapidement. Si l'effet anticipé du retour des patients vers la salle d'urgence est peu important, la multiplication des intervenants, la polymédication des patients, le piètre lien entre les services offerts ou la difficulté d'obtenir une consultation auprès du médecin traitant, créent des difficultés majeures d'accessibilité, particulièrement pour les personnes présentant des problèmes chroniques.

L'évolution de la médecine sur la base d'une planification intégrée nécessite des investissements dans l'implantation de moyens permettant de réévaluer régulièrement les façons de faire et de faciliter la réaffectation des « économies » au financement des nouvelles sources de coûts.

Recommandations :

Prévoir le niveau de financement adéquat centré sur l'atteinte d'objectifs précis orientés sur l'amélioration de l'accessibilité aux patients dont l'état de santé le nécessite.

Introduire des méthodes de budgétisation qui récompensent l'utilisation pertinente de la technologie et l'atteinte d'objectifs précis dans l'amélioration du fonctionnement.

4.2 L'augmentation du nombre de malades chroniques

Une pression importante de la demande sur notre système de soins est anticipée suite au vieillissement de la population. L'augmentation du nombre de patients

survivant à des maladies graves, l'évolution démographique du Québec prévoyant un plus grand nombre de personnes âgées qui pourraient consommer à chaque année une part relativement élevée des soins de santé appuient cette anticipation. Toutefois, les efforts pour relier le taux d'augmentation entre les coûts et le vieillissement ont déjà démontré que ce dernier n'était pas obligatoirement la source majeure d'escalade des coûts dans le passé. L'augmentation de l'intensité de services par personne reflète davantage les changements dans la manière de traiter les personnes âgées. Les répercussions de cette augmentation sur la croissance des coûts risquent d'être plus sérieuses que le simple facteur démographique⁴⁸. Il faut être prudent à l'égard du discours du vieillissement de la population.

Notre système de soins a été développé à une époque où la population était, en moyenne, plus jeune, et pour répondre aux problèmes qui dérivait de maladies aiguës comme la diphtérie, la poliomyélite, la tuberculose, etc. Les problèmes actuels seront probablement accentués par le vieillissement de la population et nous devons trouver des solutions orientées davantage vers le traitement des maladies chroniques comme le cancer, la maladie d'Alzheimer, les problèmes cardio-vasculaires ou le diabète. Les moyens que l'on prendra pour réaliser les transformations nécessaires à cette adaptation risquent d'influencer les coûts du système de soins aux personnes âgées. De plus, nos choix de société sont influencés par l'effet de la mondialisation et du développement des modes de vie accentuant la sédentarité, la transformation des habitudes alimentaires, le tabagisme, l'augmentation du stress et la réduction de la nécessité d'efforts physiques intenses. Tout cela risque de peser lourd dans la future demande de soins des personnes plus jeunes : ce ne seront pas nécessairement des gens âgés, en perte d'autonomie, qui feront pression sur le système de soins; cela

⁴⁸ S.B. Sheps, *et al.* « Hospital downsizing and trends in health care use among elderly people in British Columbia », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 163, n° 4, 2000, p. 397-401.

pourrait davantage provenir de personnes dans la « force de l'âge » qui réclameront une aide médicale pour contrer le développement de maladies chroniques découlant de leur mode de vie. Le développement des maladies associées à la transformation des habitudes de vie (obésité, diabète précoce, cancer, maladies cardiovasculaires) sont actuellement celles qui génèrent la croissance « inattendue » des coûts.

La détection précoce de certaines maladies, par exemple certains types de cancer ou le SIDA, contribuera à l'accroissement du nombre de patients sur les listes d'attente, surtout si nos organisations prennent trop de temps à s'adapter en fonction de ces nouvelles réalités. C'est là que l'information concernant les ressources existantes et la demande de services sur une base nationale, pourra s'avérer un outil efficace permettant de gérer le déploiement de nouveaux investissements, facilitant la planification et l'utilisation optimale des ressources à notre disposition.

Recommandations :

Encourager le développement de programmes destinés au développement et au maintien de saines habitudes de vie et le développement d'une médecine préventive.

Développer des programmes complémentaires destinés à améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladie chronique.

4.3 L'impact des nouvelles technologies

La recherche de nouvelles substances pharmaceutiques plus efficaces est en plein essor et la révolution biotechnologique est à nos portes. Le développement des nouvelles technologies devrait se poursuivre, voire s'accélérer et permettre de contrôler de plus en plus de maladies.

Le progrès technologique pourra constituer un facteur majeur de l'accroissement des dépenses de santé si sa pertinence n'est pas adéquatement évaluée, non seulement en matière d'amélioration tangible sur le mieux-être des patients, mais également en fonction de la connaissance des effets indésirables qui peuvent en résulter.

Les « inévitables » impacts du coût de la nouvelle technologie ne dépendent pas directement de la technologie même, mais aussi de la façon dont les praticiens choisiront de l'utiliser. L'intensification de cette utilisation peut s'avérer nécessaire et pertinente⁴⁹ mais le questionnement sur la place des nouvelles technologies dans le traitement doit se faire régulièrement, car la question ne se situe pas strictement sur le plan du coût d'utilisation mais relève aussi du rapport entre les bénéfices escomptés pour l'amélioration de la santé et ce que la société est capable d'investir dans ce développement. L'augmentation constante du coût des médicaments liée à l'utilisation croissante des nouvelles molécules en est un exemple.

⁴⁹ Conseil médical du Québec, *Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, Québec, 1997, 69 p.

Recommandation :

Développer un programme permettant d'évaluer l'impact des nouvelles technologies ainsi que des médicaments afin de sensibiliser les praticiens sur leur utilisation optimale, accompagné d'une stratégie de diffusion permanente des résultats probants pour faciliter l'intégration de ces connaissances dans la pratique.

Si la récente expansion de l'utilisation des technologies médicales peut faire gonfler les listes d'attente, cette situation fluctuante et temporaire ne devrait durer que le temps de l'adaptation. On peut se questionner, à savoir si le nombre de patients en attente augmente parce que l'offre de services est diminuée, mais les critères d'accessibilité changent, alimentant par le fait même une nouvelle demande pour de nouveaux services. La croissance importante des opérations de cataractes, de la chirurgie cardiaque et de remplacement de la hanche ou du genou sont des exemples d'un phénomène où il est difficile de prédire le niveau d'offre de services qu'il faudrait développer pour les années futures, si on veut offrir à tous les patients l'accès à la technologie nouvelle afin d'améliorer leur qualité de vie.

4.4 Perspectives

L'accélération du traitement des informations entourant les examens et les prescriptions sur une base conviviale pour libérer du temps clinique ne pourront qu'augmenter l'efficacité de la pratique médicale, renforcer la qualité du service et influencer sur l'accessibilité aux services dispensés par les médecins.

Le développement de liens informationnels facilitant la circulation de l'information entre les médecins (peu importe le lieu de pratique) et les professionnels en support, favoriserait le développement d'un partenariat entre le système de soins et les médecins qui pratiquent en cabinet et pourrait améliorer l'accessibilité et la qualité des soins aux patients.

Les initiatives basées sur l'opinion des patients, des médecins et du personnel pour trouver les moyens d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services, ainsi que le développement d'une pratique médicale orientée vers les « meilleures pratiques » (best practices), peu importe le lieu physique de pratique médicale doivent faire l'objet d'un support particulier de la part des conseils d'administration des établissements.

Le Ministère devrait assurer une large diffusion des résultats auprès de l'ensemble du réseau afin de susciter l'émulation.

Recommandations :

Que le Ministère se dote d'une politique d'appui au développement des outils facilitant la circulation de l'information pertinente afin de soutenir l'amélioration de la pratique médicale.

Que le Ministère, de concert avec le Collège des médecins, se dote d'une politique favorisant la mise en place de guides de pratique et la diffusion des résultats probants.

CHAPITRE 5

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En dépit de la réduction des investissements, du départ du personnel et des changements dans la pratique observés entre 1995 et 1999, l'offre de soins médicaux s'est maintenue et certains services sont même en croissance. Le Conseil fait cependant le constat que la pression sur le système de soins semble s'accroître continuellement malgré le fait que l'état global de santé de la population ne se soit pas nécessairement détérioré⁵⁰. La réduction des investissements dans le secteur de la santé n'a certes pas facilité l'adaptation de notre système de soins, mais il y a des changements perceptibles dans les attentes de la population face au degré d'accessibilité exigé. Le développement d'initiatives tels l'élargissement des plages horaires destinées aux patients « sans rendez-vous » dans les cabinets privés ainsi que la très large utilisation des services d'urgence des hôpitaux, est incontestablement révélateur des attentes des patients bien que ce type de médecine pose de grands problèmes de continuité de services.

La capacité de payer des individus risque d'être le critère retenu pour le rationnement de certains soins : il faut rappeler ici les préoccupations exprimées par le Conseil dans ses avis antérieurs et les recommandations qui ont été faites afin de maximiser l'utilisation des ressources existantes avant d'envisager une réduction de l'offre de services médicaux ou la privatisation des services⁵¹. Afin d'assurer un accès universel à des soins de santé efficaces et à coût abordable, seule une définition claire de nos priorités facilitera la planification et l'allocation

⁵⁰ Selon les résultats des enquêtes de Santé Québec.

⁵¹ Conseil médical du Québec, *L'apport complémentaire du secteur privé aux services médicalement requis d'un système de santé modernisé*, Québec, 1999, 54 p.

des ressources, la détermination du nombre de médecins et de professionnels ainsi que leur niveau de formation et le suivi de la pertinence des services rendus en regard de l'amélioration de la santé de la population. Tout cela, bien sûr, à condition que les investissements nécessaires aient été consentis.

Avec l'amélioration de la situation financière des établissements et les réinvestissements annoncés par les gouvernements dans le domaine de la santé, il apparaît évident que nous disposons d'un momentum pour réorganiser nos façons de faire afin de réduire les périodes d'attente, régulariser le flux des personnes malades, favoriser l'utilisation optimale des médicaments, améliorer la communication avec les usagers des services et surtout établir des liens directs entre les fournisseurs de services. En se concentrant sur ces interventions prioritaires, nous serions en mesure d'exercer une plus grande influence sur la qualité des services, sur l'efficience dans l'utilisation de nos équipements ainsi que sur les résultats de santé, bien que les ressources pouvant être allouées à notre système de soins demeureront limitées à notre capacité de payer.

En terminant, les membres du Conseil réitèrent leur position à l'effet que notre système de soins de santé demeure bien placé pour offrir le service le mieux adapté en tenant compte des besoins évalués par le médecin. Celui-ci doit le faire avec des méthodes et des traitements éprouvés scientifiquement et dans un délai acceptable considérant l'état de santé et de souffrance du patient, ainsi qu'à l'endroit où la masse des connaissances et des praticiens favorisera l'optimisation de l'efficience dans la gestion des ressources publiques.

RECOMMANDATIONS

Afin d'outiller et soutenir la répartition des médecins :

1. ***favoriser et maintenir la mise en place de comités formés de médecins et de représentants des établissements du réseau de la santé et du Ministère pour établir les paramètres d'engagements mutuels qui favoriseraient la répartition adéquate des effectifs médicaux (p. 29) ;***
2. ***consacrer les ressources adéquates pour développer les outils d'évaluation des besoins de la population afin de supporter la planification du nombre et du type de formation attendue des nouveaux médecins (p. 30) ;***
3. ***revoir l'approche d'une planification et d'une répartition des effectifs médicaux qui n'est pas actuellement liée avec l'allocation des ressources financières, organisationnelles et matérielles supportant les activités médicales, qu'elles soient réalisées en établissement ou en cabinet (p. 34).***

Afin d'améliorer la flexibilité de gestion des ressources humaines :

4. ***explorer des moyens concrets pour assouplir l'application des règles des conventions collectives en regard d'une amélioration de l'organisation du travail axée sur les besoins du patient (p. 39) ;***

5. ***se doter d'outils d'évaluation de l'impact des changements introduits dans les ententes modifiant les conditions de rémunération sur l'accessibilité aux services médicaux (p. 39).***

Afin de mieux connaître les besoins :

6. ***uniformiser la cueillette de données en établissant un cadre normatif qui faciliterait la comparaison des listes d'attente entre les établissements, en regard d'une amélioration de l'organisation régionale de soins axée sur les besoins des patients (p. 46) ;***
7. ***se doter d'outils informatiques de gestion intégrée pour faciliter l'évaluation du niveau d'accessibilité aux soins d'une région à l'autre afin d'améliorer l'organisation de services et mieux supporter les décisions d'allocation de ressources humaines, matérielles et financières (p. 46).***

Afin d'utiliser les listes d'attente :

8. ***se doter d'une planification stratégique afin d'investir dans la mise en place d'un système d'information permettant l'utilisation des listes d'attente comme outil de gestion (p. 47) ;***
9. ***se doter de moyens pour comparer les données des listes d'attente afin d'orienter les décisions dans l'allocation des ressources humaines, budgétaires, d'équipements ou d'immobilisations (p. 49).***

Afin de mieux connaître la prestation de soins :

10. *développer des outils d'analyse systémique pour évaluer les éléments qui peuvent avoir une influence sur l'accroissement de la demande afin d'y arrimer le développement des ressources et des moyens nécessaires pour y répondre (p. 49) ;*
11. *établir une banque de données fiables et uniformes qui permettrait de comparer les divers types de prestation de services selon les activités médicales, sur une base d'établissement ainsi qu'au niveau régional et national (p. 51).*

Afin que les outils informatisés soient bien adaptés :

12. *doter le réseau d'établissements de santé et les cabinets privés d'un système de gestion informatisé intégré permettant le suivi du patient inscrit sur différentes listes d'attente (p. 53) ;*
13. *assurer le développement des systèmes d'information et de gestion des dossiers qui garantit aux patients la confidentialité des données personnelles (p. 57) ;*
14. *implanter un accès différencié à un réseau de données cliniques. Que cet accès soit rigoureusement contrôlé selon le type de professionnel de la santé et selon le type de consultation ou d'inscription à faire au dossier du patient (p. 57).*

Afin que le financement soit mieux adapté :

15. *prévoir le niveau de financement adéquat centré sur l'atteinte d'objectifs précis orientés sur l'amélioration de l'accessibilité aux patients dont l'état de santé le nécessite (p. 61) ;*
16. *introduire des méthodes de budgétisation qui récompensent l'utilisation pertinente de la technologie et l'atteinte d'objectifs précis dans l'amélioration du fonctionnement (p. 61).*

Afin que le patient soit mieux informé :

17. *encourager le développement de programmes destinés au développement et au maintien de saines habitudes de vie et le développement d'une médecine préventive (p. 63) ;*
18. *développer des programmes complémentaires destinés à améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladie chronique (p. 63).*

Afin de supporter la pratique médicale :

19. *développer un programme permettant d'évaluer l'impact des nouvelles technologies ainsi que des médicaments afin de sensibiliser les praticiens sur leur utilisation optimale, accompagné d'une stratégie de diffusion permanente des résultats probants pour faciliter l'intégration de ces connaissances dans la pratique (p. 65) ;*

20. *que le Ministère se dote d'une politique d'appui au développement des outils facilitant la circulation de l'information pertinente afin de soutenir l'amélioration de la pratique médicale (p. 66) ;*
21. *que le Ministère, de concert avec le Collège des médecins, se dote d'une politique favorisant la mise en place de guides de pratique et la diffusion des résultats probants (p. 66).*

ANNEXE A

Les tendances dans le recours aux services médicaux⁵²

- Réduction des hospitalisations et du séjour à l'hôpital.
- Baisse des taux d'hospitalisation à cause de la baisse du taux de personnes distinctes hospitalisées (moins de personnes hospitalisées).
- Une proportion importante de personnes séjourne à de multiples reprises à l'hôpital.
- Le nombre de séjours moyens par personne est resté stable depuis 1992-93.
- Le taux d'hospitalisation en chirurgie décroît sans accroissement équivalent du taux d'utilisation de la chirurgie d'un jour.
- Interventions à fort volume qui ont subi une baisse en 1996-97, diminutions attribuées à :
 - l'existence d'une alternative médicale au traitement chirurgical (ulcères)
 - au transfert en clinique externe (dilatation et curetage sans tumeur maligne)
 - à la remise en question de la pertinence (hystérectomie)
 - à l'adoption de nouvelles techniques d'intervention (veines variqueuses)
- La baisse des taux d'utilisation des interventions en urologie et en cardiologie peut difficilement s'expliquer autrement que par une réduction de l'offre de services.
- L'existence de listes d'attente constitue un symptôme de la diminution de l'accès aux services.
- L'accroissement de l'offre de services est observé pour l'ablation des cataractes, l'excision semi-lunaire du genou, le remplacement de la hanche.
- Diminution du nombre de visites ambulatoires en omnipratique (particulièrement en clinique externe).
- Diminution du nombre de visites à domicile en omnipratique.
- Accentuation du rôle des spécialistes dans le secteur ambulatoire : augmentation du nombre moyen de visites par usager en clinique externe et baisse légère en cabinet.
- Potentiel d'accroissement du rôle des spécialistes en première ligne à cause de la diminution importante des personnes hospitalisées.
- Élargissement du service Info-Santé (plus de 2 millions d'appels en 95-96).

⁵² Données tirées de Lysette Trahan, *et al. Évaluation des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires : ensemble du Québec*, coll. « Études et Analyses », 40 (2); Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 115 p.

ANNEXE B

Quelques chiffres

Indicateurs démographiques générauxⁱ

	Québec	Canada	U.S.A.	Royaume-Uni	France
Population (en milliers)	7 372	30 750	269 092	59 237	58 845
% de la pop. âgé 65 ans et +	12.8	12.5	11.9	15.7	15.7

Indicateurs de santé

Espérance de vie	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
À la naissance ⁱⁱ	81.3-75.3		81.4-75.8		79.4-73.6		79.5-74.3		82.3-74.6	
À 60 ans	24.1-19.4		24.3-20.1		22.9-19.2		22.4-18.5		25.0-19.7	
Mortalité infantile ⁱⁱⁱ	5.6		5.5		7.8		5.9		4.8	
Mortalité brute ^{iv}	7.2		7.4		8.7		10.4		9.1	

Indicateurs économiques

Taux de chômage ^v	10.3	8.3	4.5	6.3	11.8
% du PIB ^{vi} – dépenses en santé	9.0	8.9	13.9	6.9	9.6

Ressources

Nombre de médecins ^{vii} Pour 1 000 habitants	2.1	1.9	2.7	1.7	3.0
Lits d'hospitalisation ^{viii} Pour 1 000 habitants	n.d.	4.2	4	4.3	8.5
Personnel infirmier ^{ix} Pour 1 000 habitants	7.1	8.1	7	4.3	5.5
Autres personnels ^x Sauf md. et infirm.	21.8	14.08	22.1	14.81	20.53

ⁱ Source : Statistique Canada (<http://www.statcan.ca>), données de 2000 pour le Québec et le Canada, et *Statistiques de la population active : 1978-1998*, OCDE (<http://www.oecd.org>), Paris, 1999, pour les U.S.A., le Royaume-Uni et la France.

ⁱⁱ Espérance de vie en années. Institut de la statistique du Québec (<http://www.stat.gouv.qc.ca>), données de 1998 (Québec); *Eco-Santé OCDE 99*, OCDE, Paris, 1999 (Canada, U.S.A., Royaume-Uni et France).

ⁱⁱⁱ Décès pour la 1^{ère} année de vie sur 1000 naissances vivantes. Données de 1997 : Statistique Canada (Québec et Canada); *Eco-Santé OCDE 99*, OCDE (U.S.A., Royaume-Uni et France).

^{iv} Nombre de décès pour 1000 habitants. Statistique Canada, données de 1998 (Québec et Canada); *The World Factbook 2000*, Central Intelligence Agency (U.S.A., Royaume-Uni et France), disponible sur Internet : <http://www.cia.gov>

^v Données de 1998 pour le taux de chômage, Institut de la statistique du Québec (Québec), Statistique Canada (Canada), et *Statistiques de la population active : 1978-1998*, OCDE (U.S.A., Royaume-Uni et France).

^{vi} Données pour le % du PIB - dépenses de santé, Institut canadien d'information sur la santé (<http://www.cihi.ca>), données de 1998 pour le Québec et le Canada, et *Eco-Santé OCDE 99*, OCDE (U.S.A., Royaume-Uni et France).

^{vii} Institut canadien d'information sur la santé (<http://www.cihi.ca>), données de 1998 pour le Québec et le Canada; *Eco-Santé OCDE 99*, OCDE, données de 1997 pour les U.S.A., le Royaume-Uni et la France.

^{viii} Données comparatives non disponibles pour le Québec ; données de 1997, *Eco-Santé OCDE 99*, OCDE (Canada, U.S.A., Royaume-Uni et France).

^{ix} Pour le personnel infirmier et les autres personnels, les données sont tirées du volume 4 de la série *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Études commandées par le Forum national sur la santé*, « Le secteur de la santé au Canada et ailleurs », Éditions Multimondes, 1998, p. 271-272 (Canada, U.S.A., Royaume-Uni et France). Celles du Québec proviennent du bulletin *INFO-SÉRUM* de juillet 2000.

^x « Autres personnels » comprend les infirmières auxiliaires et les préposé(e)s.

ANNEXE C

Rapport synthèse du questionnaire sur la gestion des listes d'attente

Le questionnaire a été transmis par courrier électronique à seize des dix-huit régions régionales le 25 janvier 2001, en demandant de le compléter avant le 6 février 2001. Un rappel électronique à cette date a permis de recueillir un total de treize réponses sur seize régions contactées, ce qui représente un taux de participation de 81 %. De plus, quatre entrevues téléphoniques ont été faites afin de clarifier certains éléments du questionnaire.

Le MSSS compile trimestriellement des données pour connaître l'état des listes d'attente en chirurgie et en oncologie. La question n° 1 tente de savoir si la cueillette des données vise principalement ce questionnaire du ministère.

1. La collecte des données dans votre région est-elle faite principalement pour remplir le rapport ministériel?
- 1a) Quelle est la fréquence de la collecte de données?

Dix régions sur treize font la collecte de données principalement pour remplir la commande ministérielle. Dix sur treize, le font à une fréquence trimestrielle. Seule une région fait une collecte en fonction des périodes budgétaires (treize périodes).

La question n° 2 tente d'évaluer les difficultés concernant la collecte des données, le niveau d'informatisation et si les données sont recueillies auprès des praticiens.

2. Est-ce que la collecte de données pose des difficultés?
- 2a) Votre collecte est-elle informatisée?
- 2b) Les données sont-elles extraites de systèmes informatiques destinés à la gestion des établissements?
- 2c) Les données sont-elles recueillies auprès des praticiens?
- 2d) Le même patient pourrait-il se retrouver sur plus d'une liste d'attente pour une même intervention?

Huit régions sur treize soulignent que la collecte pose certaines difficultés. La majorité indique que leur principale difficulté est de s'assurer de la fiabilité des données. Trente pour cent des répondants indiquent que les délais dans la réception des informations posent une difficulté. Cinq des huit régions, qui indiquent avoir des difficultés, ne disposent pas de systèmes informatisés. Le même patient pourrait se retrouver sur plus d'une liste d'attente dans la majorité des cas, mais cela est considéré comme peu probable puisque les patients seraient relativement « fidèles » à leur médecin traitant.

La question n° 3 tente de connaître si les collectes de données sont plus larges que les données strictement requises par le questionnaire ministériel.

3. Faites-vous un suivi particulier pour d'autres délais d'attente que ceux requis par le questionnaire ministériel?
- 3a) Votre collecte est-elle étendue aux délais pour examens?
- 3b) Disposez-vous de données sur le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille?

Sur les douze régions, trois d'entre elles déclarent faire un suivi particulier pour certains examens. Une seule région a fait un sondage pour connaître le délai d'attente pour obtenir la possibilité d'être suivi par un médecin de famille.

La question n° 4 cherche à connaître si les personnes considèrent que les critères sont clairs pour compiler les données sur les listes d'attente.

4. Les critères pour désigner un patient en attente sont-ils clairs?
- 4a) À quelle étape un patient est-il comptabilisé en attente pour un diagnostic?
1ère rencontre praticien: _____ Registre établissement _____
Registre médical _____ AUTRE _____
- 4b) À quelle étape un patient est-il comptabilisé en attente pour un traitement?
1ère rencontre praticien: _____ Registre établissement _____
Registre médical _____ AUTRE _____
- 4c) À quelle date le patient n'est-il plus comptabilisé « en attente »
Date d'hospitalisation planifiée _____ Date de la procédure de traitement _____ Ne sait pas _____

Selon la majorité des répondants, les critères de désignation sont clairs. Pour la moitié des répondants, le délai est comptabilisé à partir des informations inscrites aux registres des établissements. L'autre moitié indique utiliser d'autres sources que les registres d'admission, ce qui peut rendre la comparaison entre les établissements difficile. Le patient « quitte » les listes d'attente à des périodes différentes : à la date d'hospitalisation planifiée pour la moitié et/ou à la date du traitement pour dix établissements sur treize. Cela semble indiquer que les listes de traitements qui ne nécessiteraient pas d'hospitalisation maintiennent leurs patients sur les listes « en attente » bien qu'un rendez-vous ait été fixé.

La question n° 5 tente d'évaluer si les données recueillies sont analysées et si elles retournent sous forme de rapport vers les praticiens et les gestionnaires.

- 5. Est-ce que vos données sont analysées périodiquement?
- 5a) Est-ce que des rapports comparatifs sont générés?
- 5b) Ces rapports d'analyse sont-ils diffusés aux établissements?
- 5c) Ces données sont-elles diffusées aux praticiens?

Dix régions sur douze déclarent analyser les données recueillies mais seulement quatre d'entre elles produisent des rapports comparatifs ou d'analyse. Deux régions seulement déclarent diffuser ces rapports aux établissements et tous les répondants déclarent ne pas diffuser ces données directement aux praticiens ou ignorer si ceux-ci reçoivent de l'information à cet effet de leur établissement. Il faut signaler les commentaires reçus à l'effet que le MSSS recueille des données trimestriellement mais ne diffuse pas de rapport d'analyse ou comparatif aux régions régionales.

La question 6 se penche sur l'utilisation de ces données sur une base d'allocation de ressources intra-régionale ou pour appuyer des demandes auprès des autorités ministérielles.

- 6. Ces données servent-elles pour la gestion des établissements de votre région?
- 6a) Ces données servent-elles pour les décisions d'allocations ou de réallocations budgétaires de la région?
- 6b) Ces données servent-elles pour appuyer les demandes de crédits supplémentaires auprès du ministère?

Selon la moitié des répondants, les données recueillies serviraient à la gestion interne des établissements concernés, mais plusieurs répondants ignorent si elles servent ou non. L'utilisation des données compilées semble être généralisée (huit sur douze) pour appuyer des décisions d'allocation ou de réallocation budgétaire. En ce qui touche l'utilisation des données sur les listes d'attente pour appuyer les demandes auprès du MSSS, neuf régions sur douze déclarent les utiliser.

La question 7 tente d'estimer la capacité de comparer les données recueillies à partir de critères standardisés.

- 7. Les données qui vous sont fournies par les différents établissements de votre région sont-elles comparables entre elles?
- 7a) Existe-t-il une échelle de priorité standardisée pour classer les patients en attente de votre région?
- 7b) Avez-vous un formulaire standard de priorisation des patients?

Selon la plupart des répondants (neuf sur douze) les données fournies seraient comparables entre elles. Cependant neuf répondants sur douze indiquent qu'il n'existerait pas d'échelle de priorité standardisée (sauf deux qui soulignent les critères édictés par le Collège des médecins) et aucun, sauf une région, ne disposerait d'un formulaire standard de priorisation des patients.

La question 8 examine si un lien est fait entre la durée d'attente qui se base sur des critères médicaux d'évaluation et le délai imposé aux patients inscrits sur les listes d'attente.

- 8. Pouvez-vous savoir si un patient attend plus longtemps que le délai maximal recommandé par son médecin?
- 8a) pour un examen
- 8b) pour une chirurgie
- 8c) pour une rencontre de suivi avec un médecin

Neuf régions sur douze déclarent ne pas savoir si un patient attend plus longtemps que le délai maximal qui aurait été recommandé par son médecin mais plusieurs soulignent que les cas urgents et semi-urgents ne subissent pas de délais indus. Les cas électifs posent un problème puisque aucune information sur le délai recommandé n'est compilée comme information. Aucune région ne dispose d'information sur le délai encouru par un patient pour une rencontre de suivi avec un médecin.

La question 9 tente de préciser l'ampleur de la problématique tout en donnant un éclairage si une évaluation par des tiers est faite des cas en attente.

9. Les listes d'attente sont-elles considérées comme un problème dans votre région?
 9a) Les listes d'attente sont-elles évaluées périodiquement par un groupe d'experts médicaux?

La gestion des listes d'attente est considérée comme un problème pour plus de la moitié des régions (sept sur douze). D'autres régions indiquent que les listes ne sont pas un problème en soi sauf dans certaines spécialités. À cet égard, l'orthopédie et l'ophtalmologie sont mentionnées. Il est intéressant de noter qu'aucune région ne fait une réévaluation périodique des listes d'attente par un groupe d'experts médicaux.

10. Est-ce que ces données sont nécessaires____ utiles____ ou peu utilisées____?

Les réponses à la question 10, indiquent que les données apparaissent nécessaires seulement pour trois régions. Elles sont utiles pour cinq d'entre elles mais peu utilisées pour cinq d'entre elles.

Parmi les solutions explorées pour pallier au problème de l'attente prolongée et aux difficultés d'accessibilité, l'informatisation recueille six mentions, le personnel recueille quatre mentions, l'organisation recueille six mentions et l'ajout de ressources six mentions.

Les solutions qui devraient être ou qui ont été explorées par les régions sont mentionnées dans l'ordre suivant : l'informatisation, l'organisation et le développement de ressources financières. L'ajout de médecins dans les régions éloignées est mentionné comme un élément de solution pour améliorer les délais d'attente.

Commentaires recueillis sur le questionnaire

Sept régions sur onze ont fait des commentaires :

- *Les listes d'attente ne témoignent pas du problème réel puisqu'on ignore si leur cas est « urgent » ou si le délai approprié, jugé par son médecin, a été dépassé.*
- *Des tableaux de bord ont été construits pour donner des éléments d'information facilitant le suivi de la situation.*
- *La publication des délais moyens peut avoir l'effet pervers de déclencher l'anxiété chez le patient dont l'attente est plus longue que cette moyenne.*
- *Il faudrait établir des critères et des normes nationales, informatiser les données recueillies pour en faire des tableaux de bord, favoriser une organisation en fonction des besoins analysés et des délais cliniquement acceptables afin d'allouer des ressources adaptées et nécessaires pour améliorer l'accessibilité aux cas électifs.*
- *La gestion des listes d'attente pourrait être mieux structurée et appuyée de systèmes informatisés.*
- *Les informations sont difficiles à comparer. Les systèmes d'information devraient être conçus pour faciliter la circulation de l'information tant pour les examens diagnostics, les traitements et les rendez-vous.*

- *Les systèmes de gestion du bloc opératoire (OPÉRA) ne génèrent pas nécessairement les données qui sont requises pour le suivi ministériel. Il est difficile de juger de l'ampleur du problème, et même si les listes sont longues, nous ne pouvons savoir si le délai est acceptable ou non.*
- *Le développement de l'informatisation à l'accueil des établissements facilitera la gestion et le suivi du patient. Il faut continuer à sensibiliser les établissements à cette problématique.*

État de la situation :

Le ministère collecte trimestriellement des données auprès des régies régionales afin de connaître l'évolution de la situation du nombre de personnes en attente. Les listes d'attente par spécialités sont également compilées par durée d'attente (en mois). Un rapport de la collecte des données est colligé mais pas nécessairement distribué aux régies régionales, ce rapport sert à l'interne au MSSS.

La collecte de données présente **le nombre** de personnes en attente **par région** selon trois types de lieu de prestation de services :

- . chirurgie d'un jour
- . chirurgie ambulatoire réalisée au bloc
- . chirurgie nécessitant une hospitalisation

Chacun de ces trois blocs est divisé en 13 spécialités. Certaines spécialités sont précisées.

. Art dentaire	
. Chirurgie cardiaque	Pontage Remplacement valve Autres
	Hémodynamique diagnostique Angioplastie Stimulateur cardiaque
. Chirurgie générale	Cancer Autres
. Chirurgie orthopédique	Dos Genou Hanche Autres
. Chirurgie maxillaire faciale	
. Chirurgie plastique	
. Chirurgie thoracique	
. Chirurgie vasculaire	
. Gynécologie	Cancer Autres
. Neurochirurgie	Dos Autres
. Ophtalmologie	Cataractes Autres
. Oto-rhino-laryngologie	
. Urologie	
. Autres	Radio-oncologie

BIBLIOGRAPHIE

1. ALTER, David A., *et al.* « A survey of provider experiences and perceptions of preferential access to cardiovascular care in Ontario, Canada », *Annals of Internal Medicine*, vol. 129, octobre 1998, p. 567-572.
2. ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC. *Repenser le système pour mieux rencontrer les défis des prochaines années* [mémoire de l'AMQ à la Commission Clair], Montréal, Association médicale du Québec, 2000, 50 p.
3. BARCELO, Yan. « Meilleur médecin grâce à l'informatique », *Les Affaires*, 27 octobre 2000, p. 32 (ce numéro contient d'autres articles liés à l'informatisation dans le domaine de la santé).
4. BATTISTELLA, R.M. « National health insurance reconsidered: dilemmas and opportunities », *Hospital and Health Services Administration*, vol. 34, n° 2, 1989, p. 139-156.
5. BELL, Chaim M., *et al.* « Shopping around for hospital services: a comparison of the United States and Canada », *Journal of American Medical Association (JAMA)*, vol. 279, n° 13, 1998, p. 1015-1017.
6. BIRCH, S., et J. ABELSON. *Is Reasonable Access What We Want?*, CHEPA Working Paper Series No 92-19, Hamilton, McMaster University, 1992, 38 p.
7. BIRCH S., J. EYLES, et K.B. NEWBOLD. *Equitable Access to Health Care: Methodological Extensions to the Analysis of Physician Utilization in Canada*, CHEPA Working Paper Series No 93-3, Hamilton, McMaster University, 1993, 35 p.

8. BORSELLINO, Matt. « Whole waiting list situation 'a bit of sorry mess' », *Medical Post*, vol. 35, 8 juin 1999.
9. BRAUMAN, Rony (sous la dir. de). *Utopies sanitaires*, Paris, Médecins sans frontières, 2000, 301 p.
10. BROWNELL, M.D., N.P. ROOS et C. BURCHILL. « Monitoring the impact of hospital downsizing on access to care and quality of care », *Medical Care*, vol. 37 (Suppl.), juin 1999, p. JS135-JS150.
11. BRUNELLE, Yvon, et Alain SAUCIER. *Les indicateurs et le système de soins*, coll. « Méthodologie et Instrumentation », 13; Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 37 p.
12. CANADA. « Loi canadienne sur la santé », L.R. (1985), chapitre C-6.
<http://www.hc-sc.gc.ca/medicare/cha-f.htm>
13. CARRIER, Michel, et al. « Outcome of rationing access to open-heart surgery: effect of the wait for elective surgery on patient outcome » (*il s'agit d'une étude clinique menée à l'Institut de cardiologie de Montréal, dont l'objectif était d'évaluer l'effet de la période d'attente avant une chirurgie à cœur ouvert non urgente sur les résultats constatés chez les patients*), *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 149, n° 8, 1993, p. 1117-1122.
14. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. « Classification des patients en attente de chirurgie cardiaque », *Énoncé de position*, juin 1998, 2 p.

-
- 15.COMMISSION D'ACCÈS À L'INFORMATION. *Avis relatif au projet pilote de carte santé mené dans la région de Rimouski*, Québec, Commission d'accès à l'information, 1996, 43 p.
 - 16.COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ. *Commission royale d'enquête sur les services de santé : rapport* [Rapport Hall], Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, 2 vol.
 - 17.CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *L'apport complémentaire du secteur privé aux services médicalement requis d'un système de santé modernisé*, Québec, Conseil médical du Québec, 1999, 54 p.
 - 18.CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, Québec, Conseil médical du Québec, 1997, 69 p.
 - 19.CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter : la hiérarchisation des services médicaux*, Québec, Conseil médical du Québec, 1995, 47 p.
 - 20.COYTE, Peter C., *et al.* « Waiting times for knee-replacement surgery in the United States and Ontario », *New England Journal of Medicine*, vol. 331, n° 16, 1994, p.1068-1071.
 - 21.DAVIES, Richard F. « Waiting lists for health care: a necessary evil ? », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 160, n° 10, 1999, p. 1469-1470.
 - 22.« Des remèdes contre les listes d'attente », *Forum Santé*, vol. 3, n° 1, printemps 2000, p. 24-27.

23. EDWARDS, R.T. «Points for pain: waiting list priority scoring systems », *British Medical Journal (BMJ)*, vol. 318, février 1999, p. 412-414.
24. ELWYN, G.J., *et al.* « Waiting list management in general practice: a review of orthopaedic patients », *British Medical Journal (BMJ)*, vol. 312, avril 1996, p. 887-888.
25. ELWYN, G.J., *et* N.C. STOTT. «Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care », *British Medical Journal (BMJ)*, vol. 309, septembre 1994, p. 576-578.
26. FORTIN, J.P., *et* P. JOUBERT. *Évaluation du projet québécois d'expérimentation de la carte santé à microprocesseur : rapport final*, Sainte-Foy, Université Laval, 1996, 141 p.
27. GREEN, Nigel. « UK hospital pays dearly to cut waiting lists », *Lancet*, vol. 354, août 1999, p. 660.
28. GULZAR, Laila. « Access to health care », *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 31, n° 1, 1999, p. 13-19.
29. HADORN, D.C. «What can comparisons of mortality rates tell us about waiting lists ? », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 162, n° 6, 2000, p. 794-795.
30. KLEIN, R. «Priorities and rationing: pragmatism or principles ? », *British Medical Journal (BMJ)*, vol. 311, septembre 1995, p. 761-762.

31. LANG, T. « La pertinence médicale des procédures : mesure et relations avec les besoins et l'accès aux soins », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 46, n° 5, 1998, p. 411-419.
32. LEDUC, Nicole. « La recherche sur l'utilisation des services de santé pour comprendre le comportement des consommateurs », *Ruptures*, vol. 6, n° 1, 1999, p. 104-118.
33. LEGAULT, Michel. « Listes d'attente, en attendant les actes », *L'Actualité médicale*, vol. 19, septembre 1998, p. 2 et 4.
34. LEWIS, Stephen, *et al.* « Ending waiting list mismanagement: principles and practice », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 162, n° 9, 2000, p. 1297-1300.
35. LLEWELLYN-THOMAS, Hilary. « In the queue for coronary artery bypass grafting: patients' perceptions of risk and 'maximal acceptable waiting time' », *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 4, n° 2, 1999, p. 65-72.
36. McPHERSON, K., *et al.* « Small area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England and Norway », *New England Journal of Medicine*, vol. 307, n° 21, 1982, p. 1310-1314.
37. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *INFO-SÉRHUM: bulletin d'information concernant les ressources humaines et institutionnelles du système sociosanitaire québécois*, Québec, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 2000.

38. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport préliminaire du Groupe de travail sur la chirurgie générale et orthopédique au Québec* [document de travail], novembre 1994.
39. MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail* [Rapport Lalonde], Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1974, 82 p.
40. MORGAN, Steven G. « La politique pharmaceutique canadienne : les enjeux », *in La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Études commandées par le Forum national sur la santé*, volume 4 (« Le secteur de la santé au Canada et ailleurs »), Éditions Multimondes, 1998, p. 697-755.
41. MORRIS, Andrew L., *et al.* « A waiting list approach to cardiac catheterization », *Medical Care*, vol. 28, n° 9, septembre 1990, p. 784-792.
42. NAYLOR, C. David. « A different view of queues in Ontario », *Health Affairs*, vol. 10, automne 1991, p. 110-128.
43. NAYLOR, C. David, J.P. SZALAI et M. KATIC. « Benchmarking the vital risk of waiting for coronary artery bypass surgery in Ontario », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 162, n° 6, 2000, p. 775-779.
44. NAYLOR, C. David, *et al.* « Queuing for coronary surgery during severe supply-demand mismatch in a Canadian referral centre: a case study of implicit rationing », *Social Science & Medicine*, vol. 37, n° 1, 1993, p. 61-67.

-
45. NAYLOR, C. David, *et al.* « Waiting for coronary revascularisation in Toronto : 2 years' experience with a regional referral office », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 149, n° 7, 1993, p. 955-962.
46. NEUMANN, P.J., et M. JOHANNESSON. « From principle to public policy: using cost-effectiveness analysis », *Health Affairs*, vol. 13, été 1994, p. 206-214.
47. NEWTON, J., J. HENDERSON et M.J. GOLDACRE. « Waiting list dynamics and the impact of earmarked funding », *British Medical Journal (BMJ)*, vol. 311, septembre 1995, p. 783-785.
48. QUÉBEC (PROVINCE). *Loi sur les services de santé et les services sociaux* [1991] : *L.R.Q., chapitre S-4.2*, Éditeur officiel du Québec, 2000, 227 p.
49. RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Statistiques annuelles* [volume publié chaque année depuis 1971].
50. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Point de vue sur la liste d'attente en cardiologie tertiaire* [document de travail], mars 1997.
51. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Sommaire du rapport des plaintes 1999-2000*. <http://www.rrsss06.gouv.qc.ca/evaluation/plaintes.html>
51. REICHERT, S., T. SIMON et E.A. HALM. « Physicians' attitudes about prescribing and knowledge of the costs of common medication », *Archives of Internal Medicine*, vol. 160, n° 18, 2000, p. 2799-2803.

52. RICE, Dorothy P. « The cost of instant access to health care », *Journal of American Medical Association (JAMA)*, vol. 279, n° 13, 1998, p.1030.
53. ROCK, Allan. « Le problème des listes d'attente », *Healthcare Management Forum / Gestion des soins de santé*, vol. 12, n° 1, 1999, p. 7-8.
54. ROGERS, A., J. FLOWERS et D. PENCHEON. « Improving access needs a whole systems approach », *British Medical Journal (BMJ)*, vol. 319, octobre 1999, p.866-867.
55. ROOS, N.P. « Hysterectomy: variations in rates accross small areas and accross physicians' practices », *American Journal of Public Health*, vol. 74, n° 4, 1984, p.327-335.
56. SANMARTIN, Claudia, *et al.* « Waiting for medical services in Canada: lots of heat, but little light », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 162, n° 9, 2000, p. 1305-1310.
57. SHELDON, T. « Dutch plan to tackle waiting lists », *British Medical Journal (BMJ)*, vol. 314, janvier 1997, p. 94.
58. SHEPS, S.B., *et al.* « Hospital downsizing and trends in health care use among elderly people in British Columbia », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 163, n° 4, 2000, p. 397-401.
59. SHORTT, S.E.D. « Waiting for medical care: Is it who you know that counts ? », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 161, n° 7, 1999, p. 823-824.

60. TRAHAN, Lysette, et al. *Évaluation des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires : ensemble du Québec*, coll. « Études et Analyses », 40 (2); Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 115 p.
61. WALKER, Robert. «Albertans wait too long for services», *Medical Post*, vol. 34, 11 août 1998.
62. ZELDER, Martin. «Hospital waiting list longer; more Canadians waiting », 1999 *Media Releases*, Fraser Institute, septembre 1999.
http://www.fraserinstitute.ca/media/media_releases

Sites Internet

Annals of Internal Medicine

<http://www.annals.org>

Association médicale canadienne - *Interface AMC* (remplace *Actualités AMC* depuis août 2000)

<http://www.CMA.ca>

British Medical Journal (BMJ)

<http://www.bmj.com>

Canadian Medical Association Journal (CMAJ)

<http://www.cma.ca/cmaj>

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé - *Notre bulletin*

<http://www.chsrf.ca>

Fraser Institute - *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada*

<http://www.fraserinstitute.ca>

Institut canadien d'information sur la santé - *Bulletins*

<http://www.cihi.ca>

Manitoba Centre for Health Policy & Evaluation - *CentrePiece, the MCHPE Newsletter*,
« Patients' views about waiting for surgery »

<http://www.umanitoba.ca/academic/centres/mchpe/cprkive.htm>

Medical Post

<http://www.medicalpost.com>

NHS - *Opportunities for improving access to care*

<http://www.rdd-phru.cam.ac.uk/east/access/access.htm>

Régie régionale de Montréal - *Évaluation des soins et services*

<http://www.rrsss06.gouv.qc.ca>

Santé Canada - *Listes d'attente et temps d'attente pour des soins de santé au Canada.*

Plus de gestion!! Plus d'argent?? Rapport sommaire

<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/pnrds/listeatt.htm>

Western Canada Waiting List Project - *Library*

<http://www.wcwl.org>

LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

93-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1994-1995 à 1996-1997, septembre 1993.

94-01

Avis sur le modèle de projection : Offre et demande de services médicaux, juin 1994.

94-02

Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux, décembre 1994.

94-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998, décembre 1994.

94-04

Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,

Revue de littérature sur les études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques, décembre 1994.

95-01

Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, mars 1995.

95-02

Avis sur la répartition géographique des effectifs médicaux - Tome 1 - Les plans d'effectifs médicaux, juin 1995.

95-03

Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995.

95-04

Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, décembre 1995.

96-01

Avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999, janvier 1996.

96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{re} ligne lié à l'inscription de la population, septembre 1996.

96-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000, décembre 1996.

97-01

Avis sur le projet de Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, juin 1997.

97-02

Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec, septembre 1997.

97-03

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités, novembre 1997.

98-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, janvier 1998.

98-02

Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec, mars 1998.

98-03

Avis "Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir", octobre 1998.

98-04

Avis sur l'assurance-responsabilité professionnelle, décembre 1998.

98-05

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, octobre 1998.

99-01

Avis sur les cibles en spécialité : Mythes et réalités, juin 1999.

99-02

Avis sur les propositions de la table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, juin 1999.

99-03

Avis sur l'apport complémentaire du secteur privé dans les services médicalement requis d'un système de santé modernisé, octobre 1999.

99-04

Avis sur le chef de département clinique : rôle et responsabilités, octobre 1999.

2000-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 2000-2001 à 2002-2003, mars 2000.

2001-01

Avis sur le projet de politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2001-2002, février 2001.

2001-02

Avis sur le plan de l'effectif médical 2001-2003, mai 2001.

Rapports d'activités :

1993-1994 ;
1994-1995 ;
1995-1996 ;
1996-1997 ;
1997-1998 ;
1998-1999 ;
1999-2000.

Autres :

- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient, juin 1996.
- Réactions commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995.

- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socio-économiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995.
- Avis sur les conséquences prévisibles de la grève illégale des infirmières et des infirmiers du Québec, juillet 1999.
- Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité aux soins et la pertinence des services médicaux – Synthèse des avis du Conseil médical du Québec, septembre 2000.
- Avis sur le projet de la nouvelle Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2001-2002 à 2003-2004, mai 2001.