



LE COMMISSAIRE  
À LA SANTÉ  
ET AU BIEN-ÊTRE

AMÉLIORER  
NOTRE SYSTÈME  
DE SANTÉ ET DE  
SERVICES SOCIAUX

RAPPORT D'APPRÉCIATION  
DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME  
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

**2010**

L'APPRÉCIATION  
GLOBALE ET INTÉGRÉE  
DE LA PERFORMANCE :  
ANALYSE DES INDICATEURS  
DE MONITORAGE

**RÉSUMÉ**



# > Avant-propos

LE COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, DE PAR SA MISSION, DOIT APPORTER UN ÉCLAIRAGE PERTINENT AU DÉBAT PUBLIC ET À LA PRISE DE DÉCISION GOUVERNEMENTALE DANS LE BUT DE CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DES QUÉBÉCOISES ET DES QUÉBÉCOIS. POUR CE FAIRE, IL APPRÉCIE LES RÉSULTATS ATTEINTS PAR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. CHAQUE ANNÉE, LE COMMISSAIRE PRODUIT UN RAPPORT D'APPRÉCIATION DU SYSTÈME. SON APPROCHE DE TRAVAIL REPOSE SUR L'ENGAGEMENT, LE DIALOGUE, LA COLLABORATION DES ACTEURS DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE ET LA PARTICIPATION DES CITOYENS.

En 2010, le rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux porte sur les soins et services liés aux maladies chroniques. Ce rapport d'appréciation est composé de quatre volumes, qui font écho aux quatre fonctions dont est investi le Commissaire à la santé et au bien-être : apprécier la performance du système de santé et de services sociaux québécois ; consulter les citoyennes et les citoyens, les experts et les acteurs du système ; informer le ministre, l'Assemblée nationale et les citoyens des résultats ; faire des recommandations et discuter des enjeux et des implications qui en découlent.

Chacun des quatre volumes du *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010* a sa vocation propre et s'adresse à des lecteurs dont les objectifs et les préoccupations peuvent différer. Chacun de ces documents a fait l'objet d'un fascicule qui en résume le contenu afin d'en donner un aperçu global.

Le présent fascicule est un résumé du premier volume du rapport d'appréciation de 2010, intitulé *L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitoring*. Ce document présente une analyse des indicateurs de performance de l'ensemble du système ainsi que des indicateurs relatifs aux soins et services liés aux maladies chroniques, à l'échelle du Québec et de ses régions. Grâce aux constats dressés, il propose des pistes de réflexion sur lesquelles les acteurs du système de santé et de services sociaux sont conviés à se pencher.

### **Qu'entend-on par « maladie chronique » ?**

Les maladies chroniques regroupent un ensemble de problèmes de santé qui répondent à certaines caractéristiques. Ces maladies ne sont pas contagieuses : elles résultent plutôt de l'adoption de certaines habitudes de vie ainsi que de processus biologiques liés à la génétique ou au vieillissement. À l'égard de leur évolution, elles se caractérisent par un début habituellement lent et insidieux, leurs symptômes apparaissent progressivement et elles sont de longue durée. Finalement, elles ne se résolvent pas spontanément et ne peuvent généralement pas être guéries complètement.

On reconnaît habituellement que les maladies chroniques incluent, entre autres, plusieurs problèmes de santé affectant les appareils circulatoire, respiratoire et musculosquelettique, de même que le diabète ainsi que plusieurs cancers.

# > Introduction

**LE DOCUMENT *L'APPRÉCIATION GLOBALE ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE : ANALYSE DES INDICATEURS DE MONITORAGE* PRÉSENTE LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES INDICATEURS DE MONITORAGE EFFECTUÉE EN 2010 PAR LE COMMISSAIRE. CETTE APPRÉCIATION PORTE SUR LA PERFORMANCE GLOBALE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, AINSI QUE SUR LA PERFORMANCE DES SOINS ET SERVICES DESTINÉS AUX PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES, THÈME DU RAPPORT DE 2010.**

Dans un premier temps, nous abordons l'analyse proprement dite afin de présenter sommairement les résultats de l'appréciation globale et intégrée de la performance du système ainsi que de celle qui touche plus spécifiquement les maladies chroniques. Dans les deux cas, conformément à l'approche comparative adoptée par le Commissaire pour le volet quantitatif de son processus d'appréciation, il est question de l'analyse interprovinciale (le Québec dans le Canada) et de l'analyse interrégionale, qui se penche sur la performance à l'échelle des régions sociosanitaires du Québec. Il est utile de mentionner dès lors que le document contient une annexe qui détaille les résultats de chacune des régions du Québec.

Dans un deuxième temps, nous décrivons la méthode d'analyse par laquelle le Commissaire organise l'information statistique dont il dispose. En effet, dans son processus d'appréciation de la performance, le Commissaire prend en considération plusieurs indicateurs et opère des regroupements analytiques permettant de dégager des synthèses et d'en publier les résultats de manière cohérente et significative pour les acteurs et les décideurs du réseau de la santé et des services sociaux. Le cadre d'analyse, la démarche d'intégration des informations ainsi que les outils de présentation et de communication des résultats sont exposés.

# > La performance du système de santé et de services sociaux du Québec :

appréciation globale et analyse  
relative aux maladies chroniques

À PARTIR DE SON MODÈLE D'ANALYSE, QUI EST DÉCRIT DANS LA DEUXIÈME PARTIE DE CE RÉSUMÉ, LE COMMISSAIRE PROCÈDE À L'ÉTUDE DES INDICATEURS DE MONITORAGE AFIN DE DÉGAGER UN PORTRAIT DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. CETTE PERFORMANCE EST ÉVALUÉE TANT À L'ÉCHELLE PROVINCIALE QUE RÉGIONALE, CE QUI PERMET AU COMMISSAIRE DE FORMULER DES CONSTATS ET DES QUESTIONNEMENTS. LES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE CETTE ÉTUDE, QUI INCLUT L'APPRÉCIATION GLOBALE ET L'ANALYSE RELATIVE AUX MALADIES CHRONIQUES, SONT PRÉSENTÉS CI-APRÈS.

## > L'APPRÉCIATION GLOBALE À L'ÉCHELLE INTERPROVINCIALE

Dans le document *L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitoring*, ce sont trois des quatre fonctions du modèle qui sont analysées, étant donné que la fonction de maintien et développement comporte trop peu d'indicateurs pour faire l'objet d'une étude approfondie. Ainsi, les trois autres fonctions (adaptation, production et atteinte des buts) sont examinées tour à tour selon quatre angles d'approche, qui procurent tous des informations pertinentes sur la performance globale du système de santé et de services sociaux.

Premièrement, à l'aide d'un graphique radar qui illustre les résultats de balisage pour la dernière année disponible, l'illustration graphique de la performance du Québec est superposée à celle du Canada entier. Cette superposition permet de déterminer rapidement les sous-dimensions pour lesquelles le Québec se démarque favorablement ou défavorablement par rapport à la moyenne canadienne ainsi que celles pour lesquelles il se situe près de cette moyenne. De plus, pour chaque sous-dimension illustrée dans le radar, le rang du Québec vis-à-vis des autres provinces est indiqué, ce qui procure une information comparative intéressante.

Deuxièmement, un graphique présente l'évolution temporelle de la proportion d'atteinte des balises pour chaque sous-dimension de la fonction. En fait, selon cet angle d'analyse, le Québec est comparé à lui-même sur trois périodes différentes, qui s'échelonnent généralement de 2000 à 2009, afin de montrer le sens de l'évolution des résultats.

Troisièmement, c'est l'évolution de la position relative du Québec par rapport au Canada qui est analysée, aussi sur trois périodes. Un graphique montre cette évolution : nous pouvons observer d'un coup d'œil si le Québec tend à perdre ou à gagner du terrain relativement à la moyenne canadienne pour telle ou telle sous-dimension. Cet angle d'analyse approfondit l'appréciation du Commissaire.

Quatrièmement, à partir des résultats de balisage de la dernière année disponible, nous limitons la comparaison de la performance du Québec à celle de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. En effet, ces deux provinces s'apparentent davantage au Québec que les autres provinces canadiennes à cause de leurs caractéristiques démographiques.

Cette analyse sous quatre angles est répétée pour chacune des trois fonctions pour lesquelles nous disposons d'informations suffisantes. Les résultats globaux par fonction sont ensuite présentés, toujours selon les quatre angles décrits précédemment : degré d'atteinte des balises au Québec (rang parmi les dix provinces) ; évolution de l'atteinte des balises au Québec (Québec par rapport à lui-même sur trois périodes) ; évolution de la position relative du Québec par rapport au Canada ; comparaison avec l'Ontario et la Colombie-Britannique.

### Faits saillants

- > Le Québec occupe le deuxième rang canadien en matière d'efficacité liée aux traumatismes.
- > Par rapport aux autres provinces, le Québec a des taux très favorables d'acquisition et d'utilisation des technologies diagnostiques.
- > La performance du système de santé et de services sociaux du Québec est légèrement en dessous de la moyenne canadienne.
- > L'investissement dans le système de santé et de services sociaux en matière de ressources financières est moindre au Québec, comparativement à celui des autres provinces du Canada.
- > L'un des principaux défis du Québec consiste en l'organisation des ressources et en la structuration du système de santé et de services sociaux.
- > L'accessibilité des services chirurgicaux ainsi que celle des services médicaux représentent les aspects pour lesquels le Québec présente des degrés d'atteinte des balises bien inférieurs.
- > La production du Québec en services préventifs se situe dans la moyenne canadienne.
- > Le Québec a des problèmes particuliers dans les domaines de la santé mentale ainsi que de la périnatalité.

### > L'APPRÉCIATION GLOBALE À L'ÉCHELLE INTERRÉGIONALE

En ce qui concerne les régions sociosanitaires du Québec, ce sont les quatre fonctions du modèle qui servent de base au processus d'appréciation de la performance. Ainsi, pour chaque fonction, les résultats globaux des quinze régions sont présentés à l'aide d'un graphique, qui situe les régions dans leur groupe. L'évolution temporelle des résultats globaux de chacune des régions apparaît aussi sur ce même graphique. Bien entendu, le résultat moyen de l'ensemble du Québec est aussi représenté afin de servir de base de comparaison. Soulignons que les régions isolées (Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James) sont exclues de cette analyse à cause de leurs caractéristiques particulières. Ces régions bénéficient toutefois, comme les autres régions, d'un traitement plus complet dans l'annexe régionale détaillée à la fin du document *L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitoring*.

À la suite de la présentation des résultats régionaux pour les quatre fonctions du modèle d'analyse de la performance, le Commissaire approfondit la relation entre les diverses fonctions afin de vérifier l'existence de liens et d'en clarifier la nature. Dans le rapport, ce sont les résultats de deux de ces mises en relation qui sont exposés. D'abord, il est question de mettre en parallèle les fonctions d'adaptation et de production : le but est de savoir si les

résultats obtenus en adaptation, qui intègrent notamment les sous-dimensions d'acquisition des ressources financières et humaines ainsi que d'acquisition des ressources d'infrastructures, influencent directement les niveaux de production des régions. Ensuite, ce sont les liens entre les fonctions de production et d'atteinte des buts qui sont examinés. Ainsi, le Commissaire vérifie si les régions qui ont le plus haut niveau de production de soins et services de santé de qualité sont celles qui obtiennent les meilleurs résultats vis-à-vis de l'atteinte des buts.

### Faits saillants

- > Au Québec, des variations importantes de la performance sont observées selon les contextes régionaux.
- > Le niveau de ressources financières investies dans le réseau montre une grande variation liée à la mission propre à chaque région.
- > Les régions éloignées sont les seules à avoir connu une hausse de leur performance en matière d'adaptation au cours des dernières années.
- > Le système n'est pas aussi productif qu'il devrait l'être et ce ne sont pas dans les régions ayant le plus de ressources que les populations obtiennent le plus de services.

## > L'ANALYSE DES INDICATEURS RELATIFS AUX MALADIES CHRONIQUES À L'ÉCHELLE INTERPROVINCIALE

L'analyse des indicateurs relatifs aux maladies chroniques, au niveau provincial, est composée de trois étapes principales. D'abord, le regard du Commissaire se porte sur les habitudes de vie et les facteurs de risque généralement associés au développement des maladies chroniques ou à leur prévention, à savoir le surplus de poids, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation, l'activité physique et le stress. Comme il l'a fait pour l'appréciation globale à l'échelle interprovinciale, le Commissaire évalue la performance du système québécois à cet égard selon quatre angles complémentaires, ce qui permet de comparer la proportion d'atteinte des balises du Québec pour chaque habitude de vie ou facteur de risque à celle du Canada, de même qu'à celle de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. L'évolution temporelle des résultats est aussi observée, que ce soit l'évolution du Québec par rapport à lui-même ou par rapport à l'ensemble canadien lorsque c'est l'évolution de l'écart relatif de balisage qui est considérée.

Ensuite, le Commissaire se penche sur les morbidités et les problèmes de santé principaux. Ainsi, l'analyse fait ressortir les résultats les plus notables du Québec à l'égard du cancer, du diabète ainsi que des maladies chroniques des appareils circulatoire, respiratoire et musculosquelettique. L'étude de l'évolution temporelle des résultats, de même que la comparaison plus ciblée avec l'Ontario et la Colombie-Britannique, permet d'étendre les perspectives de l'analyse et de porter un regard plus englobant sur la situation québécoise à l'égard des

maladies chroniques. Enfin, le Commissaire s'intéresse à quelques indicateurs touchant les aspects organisationnels et les services qui reflètent la qualité des soins liés aux maladies chroniques. Les données qui étaient disponibles pour cette partie de l'étude concernent essentiellement le suivi médical du diabète et les interventions chirurgicales relatives aux maladies de l'appareil circulatoire.

### Faits saillants

- > En ce qui a trait aux habitudes de vie et aux facteurs de risque, le Québec semble rattraper le Canada ou accroître son écart favorable pour la majorité des aspects mesurés.
- > Le Québec présente des résultats particulièrement défavorables pour le cancer du poumon et le cancer colorectal.
- > Les résultats sont généralement favorables pour les indicateurs liés aux maladies des appareils cardiovasculaire et musculosquelettique.
- > Des gains sont à réaliser dans la réception de soins appropriés, notamment pour les personnes atteintes de diabète.

## > L'ANALYSE DES INDICATEURS RELATIFS AUX MALADIES CHRONIQUES À L'ÉCHELLE INTERRÉGIONALE

L'analyse des indicateurs de monitoring relatifs aux maladies chroniques, sur le plan régional, contient des observations sur la situation qui prévaut à l'échelle des régions du Québec. Ces observations concernent, premièrement, les habitudes de vie et les facteurs de risque et, deuxièmement, les morbidités et les problèmes de santé principaux. Bien entendu, il s'agit d'un regard global, étant donné que les résultats plus spécifiques pour chaque région sont présentés en annexe. Quoi qu'il en soit, tous les outils analytiques dont dispose le Commissaire sont déployés pour faire ressortir les principaux éléments. Soulignons qu'une attention particulière est ici portée à la catégorie d'appartenance des diverses régions sociosanitaires du Québec, comme c'était le cas pour l'appréciation globale à l'échelle interrégionale.

### Faits saillants

- > En ce qui concerne les habitudes de vie et les facteurs de risque, les résultats des régions intermédiaires et éloignées sont défavorables.
- > Sur le plan des morbidités et des problèmes de santé principaux, les meilleurs résultats se trouvent dans les régions universitaires ou les régions en périphérie des régions universitaires.

# > La méthode d'analyse

LE COMMISSAIRE A RETENU COMME CADRE D'ANALYSE LE MODÈLE QUÉBÉCOIS EGIPSS (ÉVALUATION GLOBALE ET INTÉGRÉE DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SERVICES DE SANTÉ), QU'IL A ADAPTÉ. CE CADRE PERMET DE PRENDRE EN COMPTE SIMULTANÉMENT UN GRAND NOMBRE D'INFORMATIONS (DONNÉES D'INDICATEURS TIRÉES DE REGISTRES ADMINISTRATIFS, D'ENQUÊTES QUÉBÉCOISES ET INTERNATIONALES, DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE, ETC.), DE LES ORGANISER ET DE LES RENDRE COMPRÉHENSIBLES AUX FINS DE DÉCISIONS.

La méthode utilisée par le Commissaire se base sur les quatre fonctions de ce cadre d'analyse de la performance, soit l'adaptation, la production, le maintien et développement ainsi que l'atteinte des buts. Ces quatre fonctions sont étudiées au niveau international, interprovincial et interrégional.

### **L'adaptation**

L'adaptation consiste en la capacité de structurer et de configurer le système et d'acquérir les ressources en fonction des besoins de la population. Cette fonction traduit la capacité à s'adapter aux forces externes qui s'exercent sur le système, à mobiliser la communauté, à innover et à attirer la clientèle. Comme le système de santé et de services sociaux est en constante évolution, sa performance est tributaire de la capacité des décideurs à anticiper les besoins et les tendances émergentes dans leur contexte politique, social, sanitaire et technologique.

### **La production**

La production se caractérise non seulement en fonction des volumes de soins et services, mais aussi en ce qui a trait à leur optimisation en fonction des ressources investies. Elle concerne également la coordination des services, qui en permet un agencement logique et fonctionnel, dans la perspective d'un parcours de soins fluide et continu. La qualité – comprise comme un ensemble d'attributs des services qui favorisent le meilleur résultat possible – en constitue une autre sous-dimension. Enfin, la production inclut les services collectifs de promotion, de prévention, de dépistage, d'immunisation et de surveillance de l'état de santé.

### **Le maintien et développement**

Les valeurs sociales sont à la base de la création des institutions de notre système de santé et de services sociaux. Parallèlement, l'organisation et le fonctionnement de ces institutions ont des répercussions notables sur le climat de travail, sur les valeurs qui y sont véhiculées et sur la pérennité de leur action. Ainsi, la fonction de maintien et développement, fortement liée à la culture organisationnelle, réfère à la qualité du fonctionnement des organisations et des systèmes. Cette fonction peut être prise en considération en raison, notamment, d'indicateurs qui documentent le climat de travail et le bien-être des employés.

### **L'atteinte des buts**

L'atteinte des buts traduit la capacité du système à satisfaire aux objectifs fondamentaux qui lui sont fixés dans le contexte plus global des déterminants de la santé et du bien-être. Pour le système public de santé, cette fonction a trait à l'amélioration de l'état de santé global de la population et à la satisfaction de ses attentes envers les soins et services. Elle comprend aussi les notions d'efficience (les résultats de santé et de bien-être en fonction des ressources investies) et d'équité à l'égard des services rendus et des résultats de santé atteints.

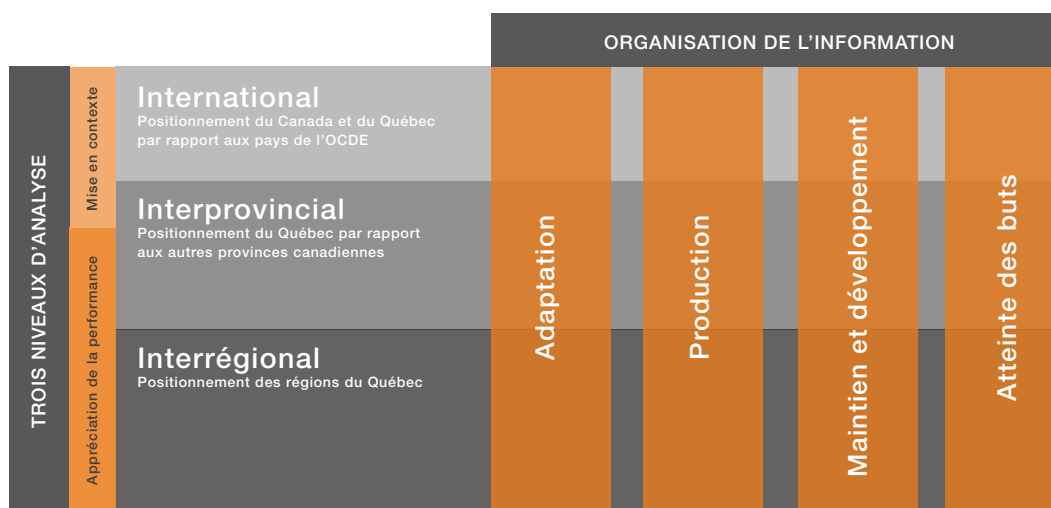
Les résultats atteints pour ces quatre fonctions, de même que leur mise en relation, contribuent à l'appréciation de la performance du système. Cette performance se caractérise aussi par l'équilibre de ces quatre fonctions.

Au niveau international, la performance du Québec est comparée avec celle de certains pays industrialisés. Toutefois, ces données ne font pas partie du rapport : elles sont plutôt disponibles dans le site Internet du Commissaire ([www.csbe.gouv.qc.ca](http://www.csbe.gouv.qc.ca)).

Au niveau interprovincial, la performance du Québec est comparée à celle du Canada ainsi qu'à celle de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Puisque ces deux provinces ont des profils démographiques semblables à celui du Québec, des comparaisons pertinentes peuvent être effectuées avec notre province.

Finalement, l'analyse s'oriente vers la performance à l'échelle des régions sociosanitaires du Québec : les résultats atteints dans les divers domaines sont comparés aux résultats supérieurs du domaine, qui représentent une balise d'excellence. La méthode de balisage est expliquée un peu plus loin dans ce résumé. Notons que les régions du Québec sont regroupées dans des catégories d'appartenance : les régions universitaires (Capitale-Nationale, Estrie et Montréal), les régions en périphérie des régions universitaires (Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie), les régions intermédiaires (Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Mauricie et Centre-du-Québec et Outaouais) et les régions éloignées (Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord et Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine).

#### LES DIFFÉRENTS NIVEAUX D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE



## > COMMENT FONCTIONNE LE MODÈLE D'ANALYSE UTILISÉ PAR LE COMMISSAIRE?

Comme nous l'avons évoqué, les quatre fonctions du cadre d'analyse de la performance sont elles-mêmes composées de plusieurs sous-dimensions, qui permettent d'étendre l'analyse à différentes facettes du système de santé et de services sociaux québécois. On peut alors parler d'appréciation globale et intégrée de la performance, puisque le jugement du Commissaire s'appuie, notamment, sur un ensemble de données de plusieurs domaines évaluables.

Ultimement, l'appréciation globale, dans son volet quantitatif, repose sur des indicateurs de performance : ceux-ci sont regroupés dans les diverses sous-dimensions des quatre fonctions du modèle. L'indicateur est en quelque sorte l'unité de base du modèle.

## > LE SYSTÈME DE BALISAGE : POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DES RÉSULTATS

Chaque indicateur révèle une information précise relative au système de santé et de services sociaux. Les indicateurs ne permettent pas de cerner toute sa réalité et sa complexité ; toutefois, lorsqu'ils sont regroupés, ils permettent de qualifier un aspect de notre système. Pour chaque indicateur, nous avons déterminé une balise d'excellence, c'est-à-dire un résultat considéré comme hautement performant. Habituellement, il s'agit du meilleur résultat atteint par une région ou une province, selon le niveau d'analyse. De plus, pour chaque indicateur, les provinces ou les régions sont comparées à cette donnée « repère », avec laquelle nous établissons un rapport (ou une proportion d'atteinte de la balise), en pourcentage.

La proportion moyenne d'atteinte des balises de tous les indicateurs d'une sous-dimension constitue le score synthétique ou agrégé de la sous-dimension, toujours en pourcentage d'atteinte des balises. De la même manière, le résultat global pour une fonction est la moyenne des résultats de toutes ses sous-dimensions, comme chaque sous-dimension a un poids égal dans le calcul. Par une telle approche, nous établissons une égalité théorique entre chacune des sous-dimensions à l'intérieur de chaque fonction, indépendamment du nombre d'indicateurs compris dans la sous-dimension. Ainsi, nous croyons que cette méthode donne un meilleur aperçu de la performance globale, puisque les sous-dimensions représentent autant de facettes, toutes importantes, du système de santé et de services sociaux.

## > LE CHOIX DES INDICATEURS

Les indicateurs que nous avons choisis proviennent essentiellement, pour l'analyse inter-provinciale, de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada. Pour l'analyse inter-régionale, nous avons eu recours aux bases de données du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). D'autres données sont tirées des bulletins d'information publiés par le Service de développement de

l'information (SDI) du MSSS. Soulignons que l'équipe du Commissaire évalue continuellement la pertinence des indicateurs et la manière de les regrouper afin de produire l'analyse la plus précise possible. Dans la partie méthodologique du rapport de 2010, nous expliquons que nous avons sélectionné des indicateurs pour assurer la couverture du plus grand nombre de fonctions et de sous-dimensions de notre cadre d'appréciation, en évitant de multiplier inutilement l'information. Les indicateurs ont été retenus selon divers critères, tels que la **validité** de l'indicateur, sa **stabilité** de mesure, sa **sensibilité** au changement et le fait qu'ils puissent être **attribués** aux actions du système de santé et de services sociaux.

## > UNE APPROCHE COMPARATIVE

Dans tous les cas, nous comparons les résultats d'une région ou d'une province à la proportion moyenne d'atteinte des balises pour l'entité la plus grande (le Québec ou le Canada). Ainsi, une région ou une province peut se situer bien en deçà de la balise tout en obtenant un résultat supérieur à la moyenne provinciale ou nationale. C'est ce qui permet d'affirmer que la performance d'une région ou d'une province est favorable ou défavorable par rapport à la moyenne provinciale ou nationale. Cette dernière moyenne ne constitue pas une balise, mais une proportion d'atteinte des balises. Il faut donc éviter d'utiliser l'expression « balise québécoise » pour parler de cette donnée, qui est plutôt la « proportion québécoise d'atteinte des balises ».

Par ailleurs, il est souvent utile de limiter la comparaison d'une région ou d'une province aux régions ou aux provinces qui sont les plus comparables, surtout pour certains indicateurs ou sous-dimensions très influencés par les facteurs géographiques ou démographiques, ou encore par les facteurs liés à la mission médicale particulière de certaines régions. Par exemple, à l'intérieur du Québec, les régions universitaires de Montréal, de l'Estrie et de la Capitale-Nationale sont plus difficilement comparables aux régions éloignées de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, surtout pour certaines sous-dimensions (comme l'attraction de la clientèle) ou pour certains indicateurs (comme le taux de médecins spécialistes par habitant). Ces comparaisons, quoiqu'elles demeurent informatives et intéressantes, doivent être utilisées avec prudence lorsqu'il s'agit d'évaluer la performance d'une région.

De plus, l'ordonnancement des provinces ou des régions (par l'attribution d'un rang) constitue aussi un outil comparatif intéressant. Le premier rang équivaut toujours à la meilleure performance, quel que soit le sens de la variation des indicateurs d'une sous-dimension. Par exemple, le premier rang relativement au tabagisme ou au surplus de poids signifie qu'une région ou une province obtient les meilleurs résultats à cet égard, c'est-à-dire le plus faible taux de tabagisme ou la plus faible proportion de personnes présentant un surplus de poids.

## > L'ÉVOLUTION TEMPORELLE DE LA PERFORMANCE

Dans le rapport de 2009, nous avons analysé l'évolution temporelle des résultats de certains indicateurs qui nous apparaissaient particulièrement pertinents. Cette année, nous avons enrichi cette analyse temporelle en calculant l'évolution de l'atteinte des balises pour les indicateurs, les sous-dimensions et les fonctions. Une telle analyse permet de constater l'augmentation ou la diminution des écarts de balisage au cours des dernières années. Grâce aux données temporelles, nous pouvons apprécier les résultats avec plus d'acuité, en ciblant les domaines qui présentent une tendance à l'amélioration ou à la détérioration, que ce soit pour un territoire donné par rapport à lui-même ou par rapport à la proportion québécoise ou canadienne d'atteinte des balises.

## > LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Tout au long du document, plusieurs graphiques et tableaux illustrent les résultats de l'analyse des indicateurs de monitoring. Pour bien comprendre les informations contenues dans ces graphiques et la manière de les interpréter, le lecteur est prié de se référer à la section sur la méthodologie qui concerne la lecture et la compréhension des graphiques, aux pages 24 à 28 du document *L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitoring*, qui fait l'objet de ce résumé. De plus, le site Internet du Commissaire ([www.csbe.gouv.qc.ca](http://www.csbe.gouv.qc.ca)) contient l'ensemble des graphiques produits dans le cadre de l'analyse des indicateurs de monitoring liée à la performance du système de santé et de services sociaux du Québec ainsi que l'Atlas CSBE, un outil cartographique permettant d'obtenir facilement une multitude d'informations sur le système.

## > Conclusion

L'analyse des indicateurs de monitoring, que ce soit ceux liés à la performance globale du système ou ceux qui ciblent plus précisément les maladies chroniques, révèle les résultats suivants. Lorsqu'il est comparé au reste du Canada, le Québec se situe dans la moyenne des autres provinces pour l'atteinte des buts, alors que ses résultats sont défavorables pour les autres fonctions. Pour ce qui est de la performance à l'échelle régionale, nous avons observé, pour les diverses fonctions, des variations notables entre les différents types de régions. Ces différences peuvent s'expliquer par des facteurs démographiques ou géographiques, sans exclure tout ce qui relève de l'action du système ainsi que de la mission médicale propre à chaque région. L'analyse temporelle, de son côté, souligne, qu'au niveau provincial, le Québec présente des résultats moins favorables vis-à-vis de l'adaptation et de l'atteinte des buts. Cependant, pour la fonction de production, pour laquelle le Québec a une performance encore plus défavorable, on observe une amélioration temporelle des résultats et un rattrapage de l'écart relatif de balisage dans la majorité des sous-dimensions. Au niveau régional, la variation temporelle des résultats permet de faire un constat similaire : tandis que plusieurs régions plus performantes à l'égard de la production enregistrent une baisse, celles qui obtiennent des résultats défavorables, en particulier Montréal, tendent à réduire l'écart avec la moyenne québécoise, ce qui laisse présager une tendance vers l'équilibre. Pour la fonction d'adaptation, les régions éloignées sont celles qui ont connu la plus forte amélioration de leur proportion d'atteinte des balises. Enfin, pour le maintien et développement, les variations des résultats sont très importantes, alors que l'on dénote peu de changements par rapport à l'atteinte des buts.

Le regard que nous avons porté sur les maladies chroniques a aussi permis de mieux saisir l'ampleur et l'évolution de ce phénomène, qui représente un défi majeur pour notre système public. Notre étude a consisté à observer la situation, tant sur le plan provincial que régional, à l'égard des habitudes de vie et des facteurs de risque, qui sont des déterminants de la santé. Nous avons pu remarquer que le Québec se situe globalement dans la moyenne canadienne, malgré des différences entre les résultats des divers indicateurs de cette dimension. Par ailleurs, au niveau régional, nous avons souligné le fait que les régions éloignées obtiennent de moins bons résultats que les autres régions du Québec à cet égard. De plus, toujours dans une perspective comparative, nous avons fait état des morbidités et des problèmes de santé principaux grâce à des données de balisage. Nous avons aussi proposé des avenues sur certains aspects organisationnels ainsi que sur les services offerts aux personnes vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques. Nous croyons que cette analyse permettra de faire avancer la réflexion sur les actions qui seront en mesure d'améliorer la performance de notre système de santé et de services sociaux à l'égard des maladies chroniques.

© 2010 Commissaire à la santé et au bien-être

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-59322-5 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-59323-2 (version électronique)

Commissaire  
à la santé  
et au bien-être

Québec

