

LE COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

AMÉLIORER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

UNE NOUVELLE APPROCHE
POUR EN APPRÉCIER LA PERFORMANCE
Document d'orientation



recommander

consulter

informer

| | |
|--------------------|-----|
| MOT DU COMMISSAIRE | _4 |
| SOMMAIRE | _6 |
| RÉSUMÉ | _8 |
| INTRODUCTION | _12 |

POURQUOI UN COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE? _ 15

COMMENT LE COMMISSAIRE ENTEND-IL TRAVAILLER? _ 21

| | |
|------------------------------------|----|
| Une contribution distinctive _____ | 23 |
| L'éthique en tête _____ | 26 |

COMMENT APPRÉCIER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS? _ 29

| | |
|--|----|
| Une approche pour apprécier la performance _____ | 31 |
| Les fonctions des systèmes de santé _____ | 34 |
| Les besoins: une préoccupation centrale _____ | 36 |
| L'importance des valeurs sociales _____ | 38 |
| Une appréciation ancrée dans un contexte en transformation _____ | 39 |
| Construire une appréciation globale et intégrée _____ | 40 |

QUE RÉVÈLENT LES INDICATEURS RELATIFS AU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS? _ 43

| | |
|---|----|
| Le Québec en transformation _____ | 45 |
| Un premier regard sur les indicateurs du cadre d'appréciation _____ | 49 |

CONCLUSION

Un débat de société axé sur l'amélioration continue _ 64

ANNEXES _ 69

| | |
|--|----|
| Annexe 1 - Tableaux des comparaisons internationales 1 à 3 _____ | 70 |
| Annexe 2 - Tableaux des comparaisons interprovinciales 1 à 3 _____ | 76 |
| Annexe 3 - Tableaux des comparaisons interrégionales 1 à 4 _____ | 86 |

NOTE

Dans le présent document, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

> MOT DU COMMISSAIRE

NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX REPRÉSENTE UN ACTIF ESSENTIEL ET UN BIEN PUBLIC PRÉCIEUX. À CE TITRE, CHACUN D'ENTRE NOUS A UN DROIT DE REGARD QUANT À SON ORGANISATION, SA DÉFINITION, SA GESTION ET SON DEVENIR. LES GRANDES TRANSFORMATIONS QU'IL VIT ET LES DÉFIS ASSOCIÉS À SA RÉFORME NOUS INTERPELLENT TOUS. C'EST POURQUOI NOUS DEVONS, À TITRE DE CITOYENS ET D'ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ, NOUS ENGAGER À PARTICIPER AU PROJET COLLECTIF QUE CONSTITUE SON AMÉLIORATION CONTINUE, EN ACCORD AVEC NOS VALEURS LES PLUS CHÈRES.



À titre de commissaire à la santé et au bien-être, je représente un nouvel acteur sur la scène publique, qui se veut rassembleur autour de ce projet d'amélioration. Dans le cadre de mon mandat, je proposerai des approches et des outils qui permettront de porter un regard d'ensemble sur le système et qui faciliteront les délibérations autour des grands enjeux qui le concernent. Chaque année, je présenterai à la population québécoise les résultats de l'appréciation de la performance de notre système de santé et de services sociaux ainsi que des propositions afin de l'améliorer. Je tenterai ainsi d'apporter un nouvel éclairage qui facilite le débat public et la prise de décision gouvernementale. Un Forum de consultation, formé de citoyennes et de citoyens venant des différentes régions du Québec et d'experts m'accompagnera dans cette démarche.

Le but du présent document consiste à expliquer globalement la nature de mon engagement et la démarche que je mettrai en œuvre pour mener à bien cette analyse, en collaboration avec différents experts, des acteurs du réseau et de la société, ainsi que des citoyennes et des citoyens de divers horizons. Le document porte également un premier regard sur un ensemble d'indicateurs ayant trait à différents aspects de la performance. Ils me serviront à identifier plusieurs thèmes qui méritent d'être approfondis au cours des prochaines années.

Lors de ma tournée des régions du Québec, au cours de l'été 2007, j'ai été profondément marqué par le dynamisme présent dans tout le réseau de la santé et des services sociaux. Cependant, j'ai perçu une certaine inquiétude dans la population et chez des professionnels à l'égard de l'accès aux soins et aux services ainsi qu'à l'égard de la pérennité de notre système. J'ai aussi rencontré des personnes soucieuses de la qualité de leur travail et animées par le désir d'améliorer le système pour qu'il puisse surmonter les nombreux défis auxquels il fait face. La volonté et l'enthousiasme étant au rendez-vous, donnons-nous ensemble, dès aujourd'hui, les moyens de mener à bien ce projet.

Le commissaire à la santé et au bien-être,



Robert Salois



> SOMMAIRE

À L'INSTAR DE LA MAJORITÉ DES POUVOIRS PUBLICS DES PAYS OCCIDENTAUX, LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC PREND CONSCIENCE DE LA NÉCESSITÉ D'APPRÉCIER LA PERFORMANCE DE SON SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AFIN D'EN ASSURER L'AMÉLIORATION CONTINUE, DE GARANTIR SA PÉRENNITÉ ET DE MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES CITOYENS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE. EN RÉPONSE À CETTE PRISE DE CONSCIENCE, LE QUÉBEC A RÉCEMMENT CRÉÉ LA FONCTION DE COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE.



Le Commissaire est chargé d'apporter un éclairage au débat public et à la prise de décision gouvernementale en matière de santé et de bien-être, notamment en appréciant la performance du système de santé et de services sociaux et en informant les citoyens. Pour ce faire, le Commissaire adopte des outils et des approches qui marient, d'une part, la documentation d'indicateurs reconnus de la performance, organisés et mis en relation au sein d'un cadre d'appréciation globale et intégrée et, d'autre part, un processus délibératif en trois étapes interreliées pour recueillir de l'information d'ordre scientifique, organisationnel et démocratique sur notre système. Aux yeux du Commissaire, l'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux concerne tous et chacun et c'est pourquoi la prise de décision relative à son développement exige qu'on en délibère collectivement. Le Forum de consultation, où des experts et des citoyens venant de l'ensemble des régions se rencontreront pour débattre des enjeux du système de santé et de services sociaux, s'inscrit dans la démarche du Commissaire. En outre, l'éthique, au cœur des processus démocratiques, fera partie intégrante des processus d'appréciation de la performance et de délibération collective.

Dans le présent document, le Commissaire à la santé et au bien-être se définit. Les circonstances ayant entouré la naissance de cette fonction, ses mandats d'appréciation et d'information ainsi que les approches qu'il compte adopter y sont précisés. De plus, certaines données internationales, provinciales et régionales sont présentées à titre illustratif afin de démontrer le potentiel informatif du modèle d'appréciation adopté. Si ces données démontrent l'existence de paradoxes méritant un approfondissement pour en préciser les causes et pour déceler des solutions adaptées, il s'agit cependant de données préliminaires à utiliser avec précaution. Elles ne permettent pas, à ce stade-ci, de porter un jugement sur la performance du système. Enfin, le présent document propose le plan général de travail du Commissaire pour les prochaines années.

> RÉSUMÉ

> POURQUOI UN COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE ?

Les pouvoirs publics des pays occidentaux sont de plus en plus confrontés à la complexité croissante des systèmes de santé et des environnements avec lesquels ils interagissent. Une prise de conscience généralisée se fait jour quant à la nécessité d’apprécier la performance afin d’assurer l’amélioration continue des systèmes de santé pour mieux répondre aux besoins des citoyens en matière de santé et de bien-être et d’assurer leur pérennité. Le Commissaire à la santé et au bien-être est l’entité responsable de faire rapport au gouvernement et aux citoyens de l’état du système de santé et de services sociaux du Québec. Son rôle est d’apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale en matière de santé et de bien-être, en évaluant, notamment, les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux. Il ne s’agit pas ici de se substituer à l’autorité formelle des responsables politiques et administratifs en place, au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans les agences ou au sein des établissements — qui ont la responsabilité d’exercer la gouvernance et de gérer les relations d’imputabilité. La contribution du Commissaire consiste plutôt à clarifier certains enjeux systémiques importants, afin de formuler des recommandations visant à encourager et à guider les démarches d’amélioration continue requises, qui viennent compléter et soutenir les actions qui visent à améliorer le système.

Ainsi, pour remplir son mandat, le Commissaire exerce quatre fonctions.

- > **Il apprécie** les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux. Il s’intéresse aussi aux différents facteurs exerçant une influence sur la santé et le bien-être et étudie les aspects éthiques des enjeux émergents.
- > **Il consulte** les citoyennes et les citoyens, les experts et les acteurs du système de santé et de services sociaux. Le Commissaire travaille avec le Forum de consultation.
- > **Il informe** le ministre de la Santé et des Services sociaux, l’Assemblée nationale, de même que les citoyennes et les citoyens, de la performance du système de santé et de services sociaux.
- > **Il recommande** au ministre des changements qui visent, entre autres, à accroître la performance globale du système et évalue les enjeux et les implications des propositions qu’il formule, leurs conséquences réelles et potentielles, et ce, avec le souci de l’intérêt public.

> COMMENT LE COMMISSAIRE ENTEND-IL TRAVAILLER ?

La participation des citoyens doit occuper une place clé dans le système québécois de santé et de services sociaux. Le moyen que privilégie le Commissaire pour intégrer les expériences et les connaissances des citoyens est le Forum de consultation. Le Forum de consultation a pour mandat de fournir au Commissaire son point de vue sur diverses questions qu'il lui soumet dans le cadre de ses travaux, à différentes étapes au cours de l'élaboration de ses rapports. Il est composé de 27 membres, soit 18 citoyennes et citoyens venant de chacune des régions du Québec et 9 experts de domaines liés à la santé et aux services sociaux. Le Commissaire à la santé et au bien-être reconnaît aussi le rôle fondamental de l'éthique dans les choix de société qui concernent le système de santé et de services sociaux québécois.

Le Commissaire entend bâtir son jugement non seulement sur l'analyse d'indicateurs de la performance du système, mais aussi à l'aide d'un processus de délibération en trois étapes interreliées, soit :

- > documenter les faits objectifs et les résultats de la recherche et mener des discussions approfondies à leur sujet, en collaboration avec des chercheurs dans le domaine ;
- > tenir compte des réalités cliniques et administratives du terrain, avec la collaboration de décideurs issus des milieux de pratique et venant de divers horizons ;
- > faire appel à la participation de citoyennes et de citoyens et à celle d'experts, en misant sur l'expertise du Forum de consultation, afin de jauger les options possibles.

> COMMENT APPRÉCIER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS ?

Le système de santé et de services sociaux est appelé à répondre au mieux, avec d'autres institutions sociales et intervenants, aux besoins de santé et de bien-être des personnes et de la population. Ainsi, un système de santé performant est un système qui atteint ses finalités en conformité avec les valeurs organisationnelles qui l'animent et qui optimise sa production compte tenu des ressources qu'il obtient. Pour être performant, il doit assumer quatre grandes fonctions, soit : s'adapter et se donner les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de services des populations, être productif pour assurer un volume adéquat de services aux populations qu'il dessert, développer et maintenir sa culture organisationnelle pour assurer son bon fonctionnement et sa pérennité, et, enfin, atteindre ses buts et objectifs à l'égard de la santé de la population. Cette performance s'inscrit finalement dans un environnement où des transformations sociodémographique, technologique, de l'état de santé et de bien-être et éco-environnementale s'effectuent. Elle est aussi influencée par les valeurs prédominantes de la société.

> QUE RÉVÈLENT LES INDICATEURS RELATIFS AU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS ?

Dans le présent document, nous portons un premier regard sur les indicateurs disponibles selon notre cadre d'appréciation de la performance. Nous ne portons pas de jugement sur la performance à ce stade-ci — de tels jugements nécessitant d'autres étapes de consultation auprès d'experts, de décideurs et de citoyens. De cette première analyse, nous constatons des variations très marquées entre les régions du Québec à l'égard de la plupart des indicateurs. En effet, certaines régions se situent significativement au-dessus ou en-dessous de la moyenne. Deuxième constat, aucune région ne présente une situation favorable pour l'ensemble des indicateurs : toutes les régions affichent des indicateurs favorables et d'autres, défavorables. Troisième constat, certaines régions se distinguent par leur grand nombre d'indicateurs favorables et d'autres, par leur grand nombre d'indicateurs défavorables. Certaines régions se distinguent surtout pour quelques fonctions, tandis que d'autres présentent une situation favorable ou défavorable sur l'ensemble des fonctions.

Plutôt que d'organiser les thèmes des rapports d'appréciation des prochaines années selon les types de maladies ou les organes touchés par ces affections, le Commissaire a choisi d'examiner la performance du système de santé et de services sociaux en fonction des grandes étapes de la vie : l'enfance et la jeunesse, la vie adulte (par exemple, les aspects psychosociaux de la vie adulte et la problématique des maladies chroniques qui culmine, en général, en fin de vie), et les personnes âgées (par exemple, la perte d'autonomie et les proches aidants). La première ligne, puisqu'elle s'adresse à toutes les clientèles, constitue l'assise de la performance globale des systèmes de santé.

Enfin, et surtout, le Commissaire s'engage à adopter le rôle de facilitateur pour apprécier la performance du système, dans un esprit d'amélioration continue. Il cherche à animer une prise de conscience générale de la société québécoise face à son système de santé et de services sociaux, à soutenir sa compréhension des enjeux qui en émergent, à porter un regard critique sur ses difficultés et à promouvoir une prise de décision éclairée relative à sa gestion.

> INTRODUCTION

LES POUVOIRS PUBLICS DES PAYS OCCIDENTAUX SONT DE PLUS EN PLUS CONFRONTÉS À LA COMPLEXITÉ CROISSANTE DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET DES ENVIRONNEMENTS AVEC LESQUELS ILS INTERAGISSENT. UNE PRISE DE CONSCIENCE GÉNÉRALISÉE SE FAIT JOUR QUANT À LA NÉCESSITÉ D'APPRÉCIER LA PERFORMANCE AFIN D'ASSURER L'AMÉLIORATION CONTINUE DES SYSTÈMES DE SANTÉ POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES CITOYENS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE ET D'ASSURER LA PÉRENNITÉ DE TELS SYSTÈMES. DANS CE CONTEXTE, IL DEVIENT NÉCESSAIRE DE BIEN MESURER LES RÉSULTATS ATTEINTS PAR LEURS SYSTÈMES, DE FOURNIR UNE INFORMATION JUSTE À CET ÉGARD, D'ÉLARGIR LES DÉBATS SUR LES ENJEUX QUI EN DÉCOULENT ET SUR LES ACTIONS À ENTREPRENDRE. AU QUÉBEC AUSSI, IL FAUT SE DONNER LES MOYENS DE TROUVER DES SOLUTIONS ADAPTÉES AUX NOUVEAUX DÉFIS QUI SE DESSINENT.



C'est dans cette optique que le Québec s'est donné, récemment, un Commissaire à la santé et au bien-être. Son rôle est d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale en matière de santé et de bien-être, en évaluant, notamment, les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux. Soulignons que l'appréciation du système représente, en soi, tout un défi, étant donné la complexité qui le caractérise — complexité qui en fait toute la richesse.

Pour effectuer cette analyse, le Commissaire aura recours à un cadre d'appréciation globale et intégrée, et il centrera son attention sur des thèmes présentant des enjeux particuliers. Ces thèmes seront examinés et évalués collectivement, entre autres grâce aux processus de délibération qui accompagneront les travaux du Commissaire et qui feront notamment appel à son Forum de consultation. La philosophie qui anime les travaux du Commissaire, de même que les moyens qu'il prend pour réaliser son mandat, rend cette fonction tout à fait unique.

Dans le présent document, il sera question, dans un premier temps, des circonstances ayant donné naissance à la fonction de Commissaire à la santé et au bien-être puis, dans un deuxième temps, des approches et du cadre conceptuel qu'il se propose d'utiliser pour mener à bien son mandat d'appréciation. Par la suite, un premier regard sera porté sur le système de santé et de services sociaux au moyen d'indicateurs auxquels le Commissaire pourrait avoir recours à l'avenir pour apprécier la performance du système de santé et de services sociaux québécois. Enfin, dans le présent document, des propositions de travail sont établies pour les prochaines années.

POURQUOI
UN COMMISSAIRE
À LA SANTÉ ET
AU BIEN-ÊTRE ?



Selon les termes mêmes de la Loi, les objectifs poursuivis par le régime de services de santé et de services sociaux sont de plusieurs ordres :

- 1 « réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps ;
- 2 agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion ;
- 3 favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes ;
- 4 favoriser la protection de la santé publique ;
- 5 favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale ;
- 6 diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes ;
- 7 atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions. » (Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2).

Le système québécois couvre une large gamme d'interventions, sociales et de santé, depuis les services de promotion et de prévention jusqu'aux services palliatifs, en passant par les services diagnostiques, curatifs et de réadaptation. En font aussi partie les fonctions de la santé publique — surveillance, protection et promotion de la santé, prévention des maladies et des problèmes sociaux. Toutefois, la responsabilité directe de l'ensemble des conditions sociales, économiques, culturelles et démographiques qui affectent la capacité des personnes à vivre bien et longtemps ne revient pas uniquement au système de santé et de services sociaux, mais bien à l'ensemble des acteurs sociaux. Néanmoins, le système de santé et de services sociaux a la responsabilité de maximiser l'impact des services qu'il rend à la population et d'influencer l'action des autres partenaires sur les déterminants de la santé et du bien-être.

LE SYSTÈME DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX
A LA RESPONSABILITÉ
DE MAXIMISER L'IMPACT
DES SERVICES QU'IL
REND À LA POPULATION.

Le Québec s'est donné un système de santé et de services sociaux ayant trois grandes caractéristiques. D'abord, l'État joue un rôle clé dans son évolution, notamment en définissant la gamme de services qu'il offre et en finançant leur plus grande partie, de même qu'en établissant les normes de qualité, les règles de fonctionnement et les conditions d'accessibilité. Deuxièmement, les services de santé, les services sociaux et

les services de santé publique sont intégrés sous une même gouverne. Troisièmement, le système est organisé selon trois paliers — le central, le régional et le local. Cette structure reflète une volonté d’agir de manière décentralisée et coordonnée en mobilisant les acteurs significatifs aux divers échelons de l’organisation sociale.

Pour toute société moderne, la santé et le bien-être représentent un bien commun qui suppose une responsabilité partagée de tous les acteurs de la vie collective, des autorités publiques et des citoyens. En outre, les décisions en matière de santé et de

NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX REPRÉSENTE AINSI UNE RESSOURCE ET UN ACTIF ESSENTIEL, ET NON UNIQUEMENT UNE SOURCE DE DÉPENSES.

bien-être ont des répercussions économiques considérables, du fait que ce secteur représente une composante majeure du développement des sociétés occidentales, en créant de nombreux emplois et en favorisant une activité économique appréciable. Une étude de la Commission européenne de 2005 démontre que le système de santé peut aussi représenter un réel moteur de développement collectif: on estime en effet que, depuis 25 ans, 30 % de l’accroissement du produit national brut (PNB) des pays développés est lié à la baisse de la mortalité et de la morbidité.

Non seulement l’amélioration de la santé est un objectif souhaitable en soi, mais, à la lumière de ces études, elle représente aussi un facteur de croissance économique et de compétitivité internationale. Notre système de santé et de services sociaux représente ainsi une ressource et un actif essentiel, et non uniquement une source de dépenses.

L’importance d’apprécier la performance : une prise de conscience généralisée

Devant la complexité croissante des systèmes de santé tels que le nôtre et l’ampleur des défis posés par la recherche d’un équilibre entre les finalités, les coûts, l’efficacité et la qualité, il est impératif de documenter, de manière continue, les résultats atteints. Il est important de se donner les moyens de répondre aux défis auxquels le système de santé et de services sociaux est confronté. Pour ce faire, il faut porter un regard d’ensemble sur les résultats atteints par le système et engager une réflexion sur les enjeux qui en émergent.

Si le système de santé et de services sociaux est considéré comme un bien public ainsi qu’un actif important, il devient essentiel de préserver ses fondements ainsi que d’assurer sa pérennité et son fonctionnement optimal. En corollaire, il faudrait s’assurer que tous les citoyens soient informés de ses résultats et puissent participer à son évolution.

À cet égard, notons que l'Accord de 2003 des premiers ministres provinciaux sur le renouvellement des soins de santé s'inscrit dans une démarche qui vise, notamment, à accroître l'imputabilité politique et la reddition de comptes aux citoyens. Dans le Plan décennal (2004) faisant suite à cet accord, les gouvernements des provinces s'entendent pour rendre des comptes à leurs citoyens sur le rendement du système de santé et ils conviennent de solliciter l'aide d'experts afin d'établir les indicateurs les plus appropriés pour mesurer ce rendement. Cela illustre la prise de conscience par les différents acteurs engagés dans la gouverne et la gestion des systèmes de santé qu'assurer l'efficacité de ces systèmes — c'est-à-dire maximiser les services et les résultats produits compte tenu des ressources investies — est une responsabilité fondamentale.

Le Plan décennal prévoit également demander au Conseil canadien de la santé de publier un rapport annuel présentant l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes ainsi que les résultats dans ce secteur. Le Québec ne participe pas aux travaux du Conseil en tant que membre, mais il souscrit aux objectifs du Plan décennal par l'intermédiaire d'une entente asymétrique bilatérale sur la santé, également conclue en septembre 2004. Le Commissaire à la santé et au bien-être est l'entité responsable de faire rapport au gouvernement et aux citoyens de l'état du système de santé et de services sociaux du Québec. Pour réaliser ce mandat, une collaboration de tous les partenaires est indispensable, d'où l'approche participative adoptée par le Commissaire.

LE COMMISSAIRE
À LA SANTÉ ET
AU BIEN-ÊTRE EST
L'ENTITÉ RESPONSABLE
DE FAIRE RAPPORT
AU GOUVERNEMENT
ET AUX CITOYENS DE
L'ÉTAT DU SYSTÈME DE
SANTÉ ET DE SERVICES
SOCIAUX DU QUÉBEC.

On le voit, la naissance de la fonction de Commissaire à la santé et au bien-être s'inscrit dans ce mouvement de prise de conscience sur la nécessité d'agir de manière concertée pour apprécier la performance des systèmes de santé, de manière transparente et en partenariat avec tous les acteurs en jeu, les pouvoirs publics ainsi que les citoyens. Il ne s'agit pas ici de se substituer à l'autorité formelle des responsables politiques et administratifs en place, au ministère, dans les agences ou au sein des établissements — qui ont la responsabilité d'exercer la gouverne et de gérer les relations d'imputabilité. La contribution du Commissaire consiste plutôt à clarifier certains enjeux systémiques importants, afin de formuler des recommandations visant à encourager et à guider les démarches d'amélioration continue requises, qui viennent compléter et soutenir les actions qui visent à améliorer le système.

COMMENT
LE COMMISSAIRE
ENTEND-IL
TRAVAILLER ?



- > **Il apprécie** les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux. Il en évalue l'ensemble des éléments en se penchant, notamment, sur la qualité, l'accessibilité, la continuité et le financement des services. Il s'intéresse aussi aux différents facteurs exerçant une influence sur la santé et le bien-être ainsi qu'aux questions ayant trait aux médicaments et aux technologies. De plus, il étudie les aspects éthiques des enjeux émergents dans le domaine de la santé et du bien-être.
- > **Il consulte** les citoyennes et les citoyens, les experts et les acteurs du système de santé et de services sociaux. Il peut procéder à divers types de consultations, dont des audiences publiques. Le Commissaire travaille avec le Forum de consultation.
- > **Il informe** le ministre de la Santé et des Services sociaux, l'Assemblée nationale et l'ensemble des citoyennes et des citoyens du Québec de la performance du système de santé et de services sociaux. Il rend publique l'information qui permettra d'éclairer les débats et la prise de décision gouvernementale dans le domaine de la santé et du bien-être.
- > **Il recommande** au ministre des changements qui visent, entre autres, à accroître la performance globale du système. Le Commissaire évalue les enjeux et les implications des propositions qu'il formule, leurs conséquences réelles et potentielles, et ce, avec le souci de l'intérêt public.

> UNE CONTRIBUTION DISTINCTIVE

L'approche de travail privilégiée par le Commissaire à la santé et au bien-être repose sur l'engagement, le dialogue et la collaboration des acteurs de la société québécoise. Elle favorise la rencontre des savoirs des experts et des décideurs du domaine de la santé et des services sociaux ainsi que les connaissances et expériences des citoyens.

Pour l'essentiel, son mandat consiste à réfléchir aux moyens que la société québécoise se donne quant à l'avenir de son système de santé et de services sociaux. Tous les citoyens, qu'ils soient professionnels, décideurs, usagers ou contribuables, sont interpellés à titre de partenaires d'un projet collectif. Cette fonction se différencie d'une fonction de vérification et de contrôle comme celle du Vérificateur général du Québec, ou d'une fonction de protection des droits des citoyens comme celle du Protecteur du citoyen, ou encore d'une fonction de protection des droits des patients des établissements de santé et de services sociaux comme le font les commissaires à la qualité et aux plaintes. Par son appréciation globale et intégrée, le Commissaire représente un nouvel acteur social qui complète ces autres fonctions, toutes nécessaires au bon déroulement et à l'encadrement démocratique des activités dans le système, et, plus globalement, dans la société.

La participation citoyenne : le Forum de consultation

La participation des citoyennes et des citoyens doit occuper une place clé dans le système québécois de santé et de services sociaux. Il s'agit d'une condition fondamentale à l'atteinte des objectifs du système, comme l'indique l'article 2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux: «Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la présente loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à: assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services.» Plusieurs mécanismes sont d'ailleurs prévus pour favoriser la participation des citoyens aux processus décisionnels relatifs au système, aux paliers local, régional et national. Malgré les dispositions de cette loi, l'application de celles-ci demeure variable.

Au-delà de ces obligations législatives, la participation des citoyens constitue une obligation morale dès lors que le système est considéré comme un bien public. Considérant que toute décision à son sujet peut avoir des conséquences sur la définition même du

LE FORUM DE CONSULTATION A POUR MANDAT DE FOURNIR AU COMMISSAIRE SON POINT DE VUE SUR DIVERSES QUESTIONS QU'IL LUI SOUMET DANS LE CADRE DE SES TRAVAUX, À DIFFÉRENTES ÉTAPES AU COURS DE L'ÉLABORATION DE SES RAPPORTS.

système, sur les valeurs qui le sous-tendent, ainsi que sur les buts qu'il est en mesure d'atteindre, il apparaît essentiel que les citoyens y soient associés. Leur apport est utile pour apprécier les résultats atteints ainsi que pour réfléchir et porter un jugement sur les grands enjeux.

Le moyen que privilégie le Commissaire pour intégrer à ses travaux les expériences et les connaissances des citoyens est le Forum de consultation. Comme le prévoit sa loi constitutive, le Commissaire peut également recourir à d'autres pouvoirs qu'il détient en matière de consultation, notamment en procédant à des enquêtes, des sondages, des audiences publiques, ou en mettant sur pied des comités de travail.

Le Forum de consultation a pour mandat de fournir au Commissaire son point de vue sur diverses questions qu'il lui soumet dans le cadre de ses travaux, à différentes étapes au cours de l'élaboration de ses rapports. Il est composé de 27 membres, soit 18 citoyennes et citoyens venant de chacune des régions du Québec et 9 experts de domaines liés à la santé et aux services sociaux¹.

La richesse du Forum réside dans la rencontre d'experts et de citoyens de l'ensemble des régions, autrement dit dans la mise en commun de leurs savoirs respectifs. En effet, ceux-ci sont amenés à délibérer sur différents enjeux d'intérêt collectif, sur la base de données probantes, de leurs connaissances, de leurs expériences, de leur bagage culturel, des rôles qu'ils assument dans leur milieu de vie et en société, ainsi que de leurs liens avec les institutions publiques. Dans cet esprit, les délibérations au sein du Forum de consultation alimenteront, notamment, l'appréciation de la performance du système

1. Les membres ont été nommés en février 2008, à la suite d'un processus de sélection amorcé en octobre 2007. Leur mandat sera d'une durée de trois ans. Quatre fois par an, les membres se réuniront une journée ou plus pour délibérer sur les questions que leur soumettra le Commissaire. Ils seront, en outre, invités à des discussions par visioconférences, ou autres moyens.

de santé et de services sociaux, les propositions de changement en vue de l'améliorer, l'analyse des enjeux éthiques, ainsi que l'élaboration d'un avis sur les droits et les responsabilités des citoyens en matière de santé et de bien-être.

Les conclusions ou recommandations auxquelles arrivera le Forum de consultation seront incluses dans les rapports d'appréciation que le Commissaire transmet au ministre de la Santé et des Services sociaux, et qui seront, par la suite, déposés à l'Assemblée nationale. Tous ces documents seront largement diffusés afin d'éclairer les débats au sein de la société. Il importe de noter que le dépôt de ces documents à l'Assemblée nationale contribue à l'indépendance du Commissaire en ce qui a trait à la teneur des recommandations qu'il propose, ainsi qu'à leur potentiel d'influence. En outre, les rapports d'appréciation seront étudiés, par la commission compétente, à l'Assemblée nationale.

Le Forum de consultation constitue un espace de discussion et de réflexion nécessaire aux travaux du Commissaire et, plus globalement, aux débats concernant le système et les actions à mettre en œuvre pour améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble des citoyens.

Une appréciation systémique, globale et intégrée

Pour remplir son mandat d'appréciation, le Commissaire porte un regard global et intégré sur les résultats atteints par le système de santé et des services sociaux, les ressources qui y sont investies et les modalités qu'il adopte pour répondre aux besoins des personnes en soins et en services. Son regard est global, parce que la perspective adoptée porte sur la totalité du système, sur le contexte dans lequel il évolue, sur les valeurs sociales et sur les buts que se fixe la société à l'égard du système. En outre, il est intégré, puisque l'appréciation du système doit tenir compte de l'interaction entre ses différentes composantes et de son évolution dans le temps comme dans l'espace. Ainsi, le Commissaire adopte une approche qui tient compte de la complexité du système de santé et des services sociaux.

De par le monde, les expériences d'évaluation de la performance ayant trait aux systèmes de santé mesurent l'état de santé ou les problèmes sociaux, la production des services, la satisfaction des usagers et, parfois, les déterminants sociaux. Plusieurs de ces expériences produisent une multiplicité d'indicateurs, mais le recours explicite à un cadre d'interprétation global demeure variable.

Pour le Commissaire, il est nécessaire d'adopter une approche d'appréciation de la performance qui vise à intégrer les multiples dimensions du système. C'est pourquoi il retient comme cadre analytique principal le modèle EGIPSS proposé par une équipe de chercheurs de l'Université de Montréal². Ce cadre d'analyse, adopté par d'autres organismes québécois, permettra d'examiner, de façon

**IL EST NÉCESSAIRE
D'ADOPTER UNE
APPROCHE D'APPRÉCIATION
DE LA PERFORMANCE
QUI VISE À INTÉGRER LES
MULTIPLÉS DIMENSIONS
DU SYSTÈME.**

2. Le modèle EGIPSS — Cadre d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de services de santé (Conseil de la santé et du bien-être, CSBE, 2004).

systematique et structurée, un système complexe et de mettre en lumière les comparaisons les plus révélatrices en vue d'améliorer notre système. Notre adaptation de ce cadre d'analyse sera présentée au chapitre suivant. Dans les prochaines années, le commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse se penchera sur le développement d'indicateurs et d'outils permettant de documenter les différentes fonctions proposées dans ce cadre.

> L'ÉTHIQUE EN TÊTE

Le rôle crucial de l'éthique dans les choix de société n'est plus à démontrer, toutes les sphères décisionnelles devant la considérer, en particulier dans le domaine de la santé et du bien-être.

Dans ce domaine en effet, les exemples de préoccupations à teneur éthique sont légion. Par exemple, les préoccupations entourant la qualité des soins et des services ainsi que l'accessibilité en relation avec les listes d'attente, l'équité dans la prestation des soins, surtout pour les populations des régions éloignées, notamment les populations autochtones. En outre, les nouvelles technologies, qui offrent des possibilités de diagnostic et de traitement inusitées, soulèvent des questions relatives à la qualité de la vie et, dans le cas de la génétique par exemple, à la capacité de soigner et à la définition même de ce qu'est la normalité. Le risque accru d'épidémies, comme la pandémie d'influenza et le SRAS, conséquence directe d'une mondialisation toujours croissante, pose la question de la responsabilité des individus et de l'État. Dans l'univers des services sociaux, la décision de retenir un signalement dans une situation de possible négligence parentale, ou de retirer un enfant de son milieu familial, met en évidence la possibilité de conflit entre les valeurs personnelles ou professionnelles de l'intervenant, celles des familles, et celles privilégiées par la loi. Enfin, des questions comme l'euthanasie ou l'avortement se poseront toujours avec acuité, puisqu'elles ont trait à la conception qu'ont les individus de la dignité et de la valeur d'une vie humaine.

L'éthique vise à faire émerger les dilemmes qui se posent à la société dans chacune de ces questions afin de permettre une prise de décision éclairée et partagée. Les décisions relatives à ces préoccupations ont des répercussions à l'échelle des individus, des institutions, des populations, voire de l'humanité. Prises par une société en fonction des visées que celle-ci se donne, elles participent aux orientations de son système de santé et de services sociaux.

Par ailleurs, la démarche éthique doit tenir compte d'un point clé, soit l'aspiration générale à une cohérence entre les orientations que se donne une société et les valeurs et convictions profondes des membres de cette société.

Enfin, l'éthique joue un autre rôle: elle permet aux acteurs sociaux de se donner des orientations par suite des délibérations autour des dilemmes et des valeurs motivant les choix. Ces orientations peuvent prendre la forme de recommandations pour l'action.

Ainsi, la démarche éthique prend place à différents moments dans un processus décisionnel : définir les questions requérant une délibération individuelle et collective, déterminer les valeurs qui sous-tendent les choix relatifs à ces enjeux, et proposer des recommandations quant à leur résolution, dans un contexte et une époque donnés.

Malgré l'importance et la récurrence de questions méritant une délibération éthique au sein de la société, force est de constater que les occasions de délibération se font rares et se limitent aux cercles privilégiés de ceux que l'on appelle les « experts ». Plusieurs raisons peuvent expliquer cet état de fait, parmi lesquelles la difficulté d'intégrer les résultats de délibérations dans des décisions concrètes et une dépendance excessive sur l'expertise dite « bioéthique ». Cette situation a pour conséquence d'évacuer la responsabilité de chacun vis-à-vis le devenir de nos sociétés et de l'humanité. C'est pourquoi le besoin de créer ces lieux de délibération éthique se fait de plus en plus crucial, de sorte que l'éthique puisse jouer pleinement son rôle de médiation sociale.


Le Commissaire à la santé et au bien-être reconnaît le rôle fondamental de l'éthique dans les choix de société qui concernent le système de santé et de services sociaux québécois. De même, le législateur a, lui aussi, reconnu cette importance en exigeant qu'un commissaire adjoint à l'éthique soit nommé.

LE COMMISSAIRE
À LA SANTÉ ET AU
BIEN-ÊTRE RECONNAÎT
LE RÔLE FONDAMENTAL
DE L'ÉTHIQUE DANS
LES CHOIX DE SOCIÉTÉ
QUI CONCERNENT LE
SYSTÈME DE SANTÉ ET
DE SERVICES SOCIAUX
QUÉBÉCOIS.

Pour actualiser cette fonction, le commissaire adjoint à l'éthique se penchera en particulier sur l'intégration de l'éthique dans la démarche d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. À cette fin, le Forum de consultation représentera un des lieux où une délibération collective entre citoyens et experts pourra se concrétiser autour, notamment, des préoccupations éthiques émergeant de l'exercice d'appréciation.

Soulignons qu'intégrer l'éthique dans les processus d'appréciation ne va pas de soi. En effet, peu d'expériences dans le domaine de l'évaluation ont mené à des résultats concrets, les considérations éthiques, quand elles sont présentes, étant souvent annexées à la fin des rapports d'évaluation, sans être intégrées au processus d'évaluation. Devant cet état de fait, les praticiens de l'évaluation et les utilisateurs des résultats d'évaluation réclament de plus en plus que l'on adopte de nouvelles approches pour réellement intégrer les considérations éthiques. Le Commissaire développera de nouvelles avenues à cette fin.

COMMENT
APPRÉCIER
LA PERFORMANCE
DU SYSTÈME
DE SANTÉ ET
DE SERVICES
SOCIAUX
QUÉBÉCOIS ?



COMME TOUS LES SYSTÈMES COMPLEXES, LES SERVICES DE SANTÉ SONT DYNAMIQUES, EN CONSTANTE ÉVOLUTION, ET SE CARACTÉRISENT PAR DES OBJECTIFS MULTIPLES, UNE ORGANISATION À PLUSIEURS NIVEAUX ET PLUSIEURS ACTEURS INTERDÉPENDANTS. POUR COMPRENDRE CES SYSTÈMES ET ÉCLAIRER LA PRISE DE DÉCISION RELATIVE À LEUR ORIENTATION, À LEUR DÉVELOPPEMENT ET À LEUR GESTION, IL FAUT SE PENCHER SUR LES INTERACTIONS ENTRE LEURS ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS (STRUCTURES, ACTEURS, ORGANISATIONS) ET ÊTRE SENSIBLE AU CONTEXTE DANS LEQUEL ILS ÉVOLUENT.

COMMENT 

APPRÉCIER 

LA PERFORMANCE

DU SYSTÈME

DE SANTÉ ET

DE SERVICES

SOCIAUX 

QUÉBÉCOIS ?

Les décisions en santé exigent des arbitrages entre des objectifs et intérêts concurrents, tout en tenant compte d'une marge d'incertitude. Modifier les systèmes pour en accroître la performance, c'est-à-dire leur capacité à se maintenir et à se développer, n'est jamais simple puisque la réussite dépend, en grande partie, de l'attitude des diverses parties prenantes face aux stratégies d'amélioration proposées. Il faut, en outre, considérer les circonstances propres à un pays quand vient le temps de choisir l'approche à privilégier. Les décideurs doivent être en mesure de déterminer si les avantages à tirer des changements proposés ont des chances d'excéder les coûts dans le contexte en question. Par ailleurs, étant donné l'évolution, d'une part, des besoins de la population et, d'autre part, des progrès scientifiques et technologiques et des nouvelles pratiques professionnelles et organisationnelles qui en découlent, la solution choisie ne saurait être immuable. Les systèmes de santé doivent instaurer une dynamique d'amélioration continue de la performance.

LES SYSTÈMES DE SANTÉ DOIVENT INSTAURER UNE DYNAMIQUE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PERFORMANCE.

> UNE APPROCHE POUR APPRÉCIER LA PERFORMANCE

Chaque année, le Commissaire devra produire un rapport qui « informe le ministre et la population de la performance globale du système de santé et de services sociaux, des changements qu'il propose afin d'en améliorer notamment l'efficacité ou l'efficience de même que des enjeux et des implications de ses propositions. » (Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, 2005, c. 18, a. 14).

Le rapport annuel assurera le suivi des tendances générales observables de la performance à l'échelle de l'ensemble du système, au moyen d'indicateurs dont certains seront présentés à la section 4 du présent document. Cela permettra de bâtir un système équilibré d'indicateurs pour assurer le monitoring continu des principaux paramètres de la performance. Le rapport sera l'occasion de rendre cette information publique, en toute transparence, et il fournira des comparaisons entre les régions du Québec, entre le Québec et les autres provinces canadiennes, de même qu'avec d'autres pays, chaque fois que cela sera possible et utile.

Les travaux du Commissaire en sont à leurs débuts. Nous tenons, cependant, à donner quelques orientations générales sur les processus utilisés pour élaborer les rapports et formuler des recommandations. Le Commissaire entend bâtir son jugement non seulement sur l'analyse d'indicateurs de la performance du système, mais aussi à l'aide d'un processus de délibération en trois étapes interreliées, soit :

- > documenter les faits objectifs et les résultats de la recherche et mener des discussions approfondies à leur sujet, en collaboration avec des chercheurs dans le domaine ;
- > tenir compte des réalités cliniques et administratives du terrain, avec la collaboration de décideurs³ issus des milieux de pratique et venant de divers horizons ;

3. On entend par « décideurs » à la fois les personnes qui prennent des décisions en matière de pratique clinique, de gestion des ressources et de grandes orientations gouvernementales.

- > faire appel à la participation de citoyens et d'experts, en misant sur l'expertise du Forum de consultation, afin de jauger les options possibles, évaluées en tenant compte des connaissances, des expériences et des valeurs des membres du Forum.

Ces trois moments délibératifs correspondent à trois niveaux de développement de connaissances, de type scientifique, organisationnel et démocratique⁴, qui s'influencent mutuellement. En effet, chaque étape peut influencer le déroulement des autres étapes (voir figure 1). Par exemple, les échanges au sein du Forum de consultation pourraient contribuer à l'orientation des rapports d'appréciation et au choix des options à privilégier.

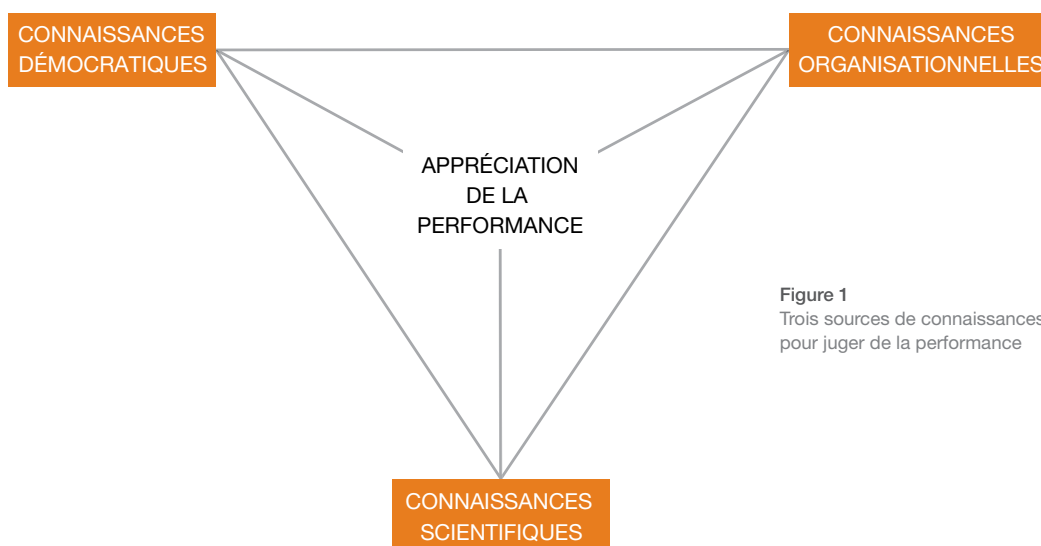


Figure 1
Trois sources de connaissances pour juger de la performance

Il faut souligner que, pour éclairer le débat public et la prise de décision, les recommandations doivent non seulement être fondées scientifiquement, mais être applicables dans un contexte politique, professionnel et organisationnel, être présentées dans une forme qui permet d'en débattre et, enfin, cadrer avec les valeurs présentes dans la société.

Ainsi, les connaissances organisationnelles, qui ont trait à la faisabilité d'une proposition, et les connaissances démocratiques, qui examinent son acceptabilité sociale, apportent un véritable complément aux connaissances scientifiques : c'est sur cet ensemble de connaissances que s'appuieront les recommandations que formulera le Commissaire.

4. Ici, le terme « démocratique » fait référence à la gestion de la chose publique, en particulier à l'égard des enjeux du système et de l'acceptabilité sociale des propositions issues des délibérations des membres du Forum de consultation.

Un cadre d'analyse de la performance

La performance peut être définie comme la capacité d'une organisation ou d'un système à se donner une culture institutionnelle en relation avec ses objectifs, à mettre en place les ressources nécessaires à son fonctionnement, à produire un volume adéquat de services de haute qualité et à atteindre ses objectifs. La performance représente aussi l'arrimage harmonieux de ces différentes fonctions, c'est-à-dire que, par exemple, atteindre ses objectifs n'exige pas un investissement démesuré de ressources, des services inutiles ou la mise en péril de valeurs organisationnelles fondamentales. Ainsi, un système de santé performant est un système qui atteint ses finalités en conformité avec les valeurs organisationnelles qui l'animent et qui optimise sa production compte tenu des ressources qu'il obtient.

Cette performance s'inscrit également dans un environnement où des transformations sociodémographique, technologique, de l'état de santé et de bien-être, ainsi qu'éco-environnementale s'effectuent. Elle est aussi influencée par les valeurs prédominantes de la société. Ultimement, l'interaction optimale de ces fonctions au sein du contexte global dans lequel le système de santé et de services sociaux évolue permet de répondre aux besoins individuels et collectifs de la population. C'est ce que notre cadre d'analyse illustre (figure 2).

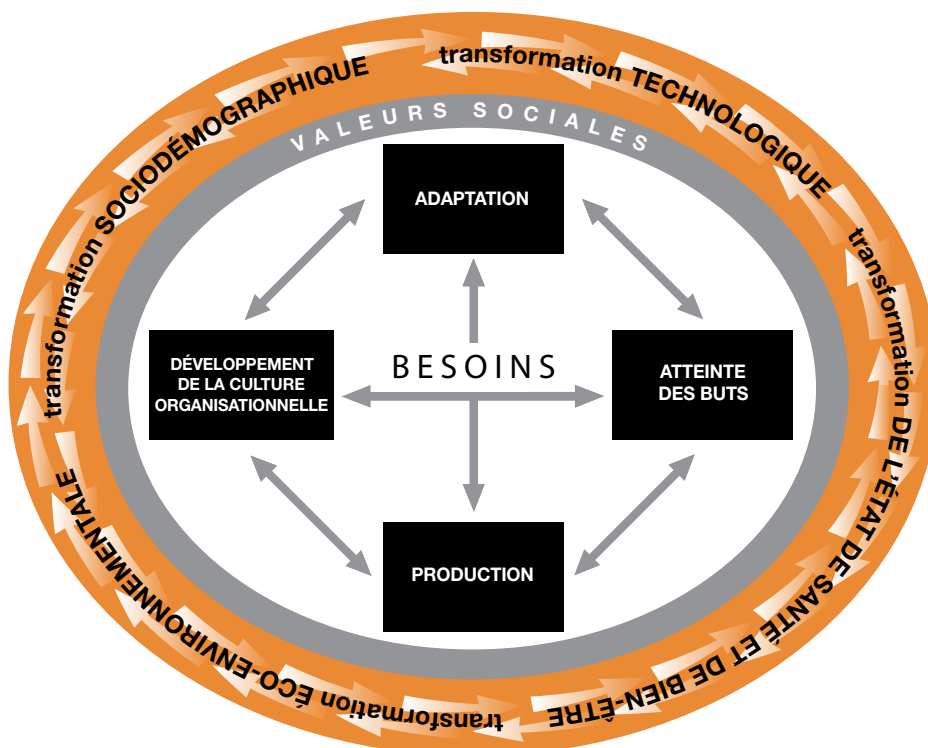


Figure 2
Le cadre d'appréciation de la performance
du système de santé et de services sociaux
du Commissaire à la santé et au bien-être

> LES FONCTIONS DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Dans la présente section, nous aborderons les différentes fonctions des systèmes de santé à la lumière du cadre d'analyse de la performance. Pour être performant, notre système de santé et de services sociaux doit assumer quatre grandes fonctions (CSBE, 2004c), soit : **s'adapter** et se donner les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de services des populations, être **productif** pour assurer un volume adéquat de services aux populations qu'il dessert, **développer et maintenir sa culture organisationnelle** pour assurer son bon fonctionnement et sa pérennité, et, enfin, **atteindre ses buts et objectifs** à l'égard de la santé de la population (figure 2).

La fonction Adaptation : mettre en place des structures et ressources répondant aux besoins de services de la population

La fonction Adaptation représente la capacité d'adapter la structuration ou la configuration du système et d'acquérir les ressources en fonction des besoins de la population. Elle traduit aussi la capacité d'adaptation aux forces externes qui s'exercent sur le système et, notamment, aux transformations en cours. La capacité à mobiliser la

LA FONCTION ADAPTA-
TION REPRÉSENTE
LA CAPACITÉ D'ADAPTER
LA STRUCTURATION
OU LA CONFIGURATION
DU SYSTÈME ET
D'ACQUÉRIR LES
RESSOURCES EN FONC-
TION DES BESOINS DE
LA POPULATION.

communauté, à innover et à attirer les clientèles constitue une autre dimension de la fonction. Bien évidemment, cette fonction traduit aussi l'arrimage entre le niveau de ressources acquises et les besoins de soins et services, plutôt que le seul volume de ressources investies dans le système de santé.

L'adaptation est directement liée à la disponibilité des ressources. Dans cette perspective, le système est perçu comme un projet évolutif qui aspire à assurer sa pérennité, dans un contexte social particulier, et en interaction étroite avec celui-ci. La performance à l'égard de l'adaptation est fortement tributaire de la capacité des décideurs au

sein du système à voir venir les tendances présentes dans leur contexte politique, social, sanitaire et technologique, et à en tirer profit. La performance, en ce qui a trait aux différentes dimensions de la fonction Adaptation, est donc particulièrement sensible aux politiques et stratégies de gouvernance.

La fonction Production : assurer la prestation de services individuels et collectifs

La production, c'est le grand domaine de la gestion clinique et administrative. Elle se caractérise, d'abord, en fonction du volume de soins et de services, cela va de soi, mais elle déborde largement cette dimension. Elle a aussi trait à l'optimisation des volumes en fonction des ressources investies (la productivité) et à la coordination des services qui en permettent un agencement logique et fonctionnel, dans l'optique d'un parcours de soins fluide et continu. Cela constitue un enjeu primordial dans la prise en charge des personnes requérant des soins et services continus et multiples.

La qualité constitue une autre dimension clé de la fonction Production. Selon certains chercheurs, la qualité est une fonction en soi, définie comme intégrant l'ensemble des autres dimensions. Il s'agirait alors de la « qualité totale », concept quelque peu synonyme de performance. Nous retenons ici une définition plus restrictive de la qualité : un ensemble d'attributs du processus d'intervention qui favorise le meilleur résultat possible, tel que défini par rapport aux connaissances, à la technologie, aux attentes et aux normes sociales. En d'autres termes, on vise ici le bon service, au bon endroit, au bon moment, par le bon intervenant et pour la bonne personne.

ON VISE ICI LE BON SERVICE, AU BON ENDROIT, AU BON MOMENT, PAR LE BON INTERVENANT ET POUR LA BONNE PERSONNE.

La performance relative à la production est directement liée aux modes d'organisation et à la prise de décisions cliniques, de même qu'à une étroite collaboration entre les sphères cliniques et administratives. Elle fait appel à un fonctionnement interdisciplinaire et à une hiérarchisation des processus de soins, deux axes qui suscitent beaucoup de préoccupations, ici comme ailleurs. Elle suppose, enfin, un rôle actif des patients et de leurs proches, dans le cadre du plan d'intervention qui a été établi.

Enfin, la fonction Production inclut la prestation de services d'ordre collectif qui s'adressent aux déterminants de la santé des populations. Les programmes de promotion de la santé, de dépistage, d'immunisation, de modification des milieux de vie et de surveillance des problèmes de santé en sont des exemples. Si ces interventions collectives s'adressent parfois à des grands groupes d'individus, d'autres se traduisent plutôt par des services rendus à l'ensemble de la société.

La fonction Développement et maintien de la culture organisationnelle : assurer le bon fonctionnement et la pérennité du système de santé et de services sociaux

Les valeurs sociales sont à la base de la création des institutions maîtresses de notre système de santé et de services sociaux et prennent vie au sein de ces institutions. Parallèlement, l'organisation et le fonctionnement de ces institutions ont un impact notable sur le climat de travail et les valeurs véhiculées au sein de ces organisations. Ainsi, la culture organisationnelle permet aux organisations de se maintenir, de bien fonctionner et d'offrir des services de qualité. Cette fonction peut être prise en considération grâce, notamment, à des indicateurs documentant le climat de travail et le bien-être des employés (par exemple, en examinant le taux d'absentéisme). Cette fonction est, en général, moins prise en considération dans les évaluations de la performance et requiert ainsi une attention particulière dans le développement d'indicateurs et de bases informationnelles.

La fonction Atteinte des buts : les résultats des interventions de santé et de services sociaux

L'atteinte des buts traduit la capacité du système à atteindre les 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. C'est souvent la portion prépondérante de la fonction. Fondamentalement, celle-ci s'intéresse à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être, à l'efficacité (les résultats attribuables aux interventions du système), à l'efficience (les résultats de santé et de bien-être en fonction des ressources investies), de même qu'à l'équité à l'égard des finalités.

L'ATTEINTE DES BUTS
TRADUIT LA CAPACITÉ
DU SYSTÈME À ATTEINDRE
LES OBJECTIFS
FONDAMENTAUX
QUI LUI SONT FIXÉS.

Il est possible de mesurer le degré d'atteinte des buts par rapport à un idéal, sur la base d'objectifs implicites ou explicites, ou encore de se comparer aux provinces et aux pays qui réussissent le mieux, ce qu'on appelle le balisage. Quelle que soit l'approche retenue, il devient possible de caractériser les résultats obtenus, de documenter les tendances, de se comparer, de déterminer les zones de succès et celles moins réussies, de quantifier les écarts, etc. En d'autres termes, il est possible de porter un jugement entre une situation idéale et la situation observée dans notre contexte.

> LES BESOINS : UNE PRÉOCCUPATION CENTRALE

Pour réaliser sa mission, le système de santé et de services sociaux est appelé à répondre au mieux, avec d'autres institutions sociales et intervenants, aux besoins de santé et de bien-être des personnes et de la population dans son ensemble.

La question des besoins est centrale pour les travaux d'appréciation de la performance entrepris par le Commissaire, comme l'illustre la figure 2. L'enjeu est le suivant : dans quelle mesure le système de santé et de services sociaux du Québec répond-il aux besoins des personnes et des collectivités ? Pour répondre à cette question, il faut voir ce qu'implique l'évaluation des besoins.

La notion de besoin décrit un écart entre ce qui est attendu ou désiré et la situation réelle. Bien que la notion de besoins de santé et de bien-être puisse paraître simple dans le langage courant, elle revêt une complexité qui ne doit pas être négligée, surtout en ce qui concerne la mesure des besoins.

L'une des façons d'évaluer les besoins consiste à les définir le plus objectivement possible, afin de les circonscrire et de les quantifier à l'aide d'outils de mesure, de normes (besoins normatifs) et de comparaisons (besoins comparatifs). Les besoins peuvent être, soit décrits comme étant ressentis ou exprimés, comblés ou non, soit comparés dans le temps et dans l'espace, ou encore, on peut estimer leur évolution future (les besoins anticipés).

Si cette approche s'avère utile à des fins de planification, elle contribue moins à l'appréciation de la performance. Pourquoi ? Parce qu'il n'est pas possible de définir les besoins dans l'absolu, ou de trouver la « vraie réponse », en raison même de la complexité du concept. En effet, la notion de besoin est un paramètre majeur dans l'espace public, au sein duquel cohabitent différents discours, parfois même contradictoires, autour des

besoins prioritaires et des moyens d'y répondre, d'où l'importance des délibérations afin d'élaborer un jugement sur le bien commun.

Par ailleurs, il est essentiel de souligner qu'un besoin, qu'il soit individuel ou collectif, ne se traduit pas toujours en service rendu. En effet, pour y répondre, il faut, dans un premier temps, que le besoin soit reconnu comme tel. Le jugement sur les besoins est fortement influencé par la mise en évidence d'écart, en matière de santé, de services ou de ressources, entre une situation souhaitée (les aspirations) et la situation observée concrètement (les réalisations) à l'égard de l'atteinte des buts. C'est la prise de conscience de ces écarts qui représente le premier moteur de motivation pour changer, pour mieux comprendre les réalisations faites ailleurs et, aussi, pour oser et innover. Ainsi, il se peut que la réponse à un besoin se trouve dans la façon de poser un acte plutôt que dans l'acte lui-même. Par exemple, le respect de la dignité humaine — par une écoute attentive et la compassion dont peut faire preuve un intervenant dans sa relation avec un patient ou dans sa reconnaissance d'une souffrance d'ordre psychologique — peut être jugé comme étant un besoin tout aussi important, voire plus, que la gestion du problème pour lequel l'individu consulte en premier lieu.

Certaines caractéristiques de la notion de besoin témoignent de sa complexité :

- > Les besoins sont construits socialement, ils sont contingents et contextuels. Ils résultent de pressions sociales, de débats publics et de processus structurels de changement, ce qui leur donne une configuration et une compréhension particulières. Ils évoluent dans le temps et sont déterminés par des phénomènes survenant simultanément à l'échelle locale, régionale, nationale et mondiale.
- > Les besoins comportent des dimensions individuelles et collectives. Les termes que les personnes utilisent pour nommer leurs besoins, la signification et l'importance qu'elles leur accordent, ainsi que les réponses qu'elles privilégient, sont influencés non seulement par leurs valeurs, mais aussi par leurs aspirations, leurs connaissances et leur culture personnelle, de même que par leurs interactions avec divers individus et groupes d'appartenance.
- > Les besoins individuels et ceux de la population peuvent entrer en conflit. Comme l'enseigne la santé publique, les besoins d'une population sont plus vastes que la somme des besoins des individus qui la composent. Les interventions efficaces à l'échelle d'une population peuvent même paraître une contrainte à l'échelle individuelle. Pensons à la vaccination ou à la réglementation en matière de sécurité, par exemple. Par ailleurs, le caractère public du système de santé et de services sociaux ainsi que les valeurs de solidarité et d'équité qui le sous-tendent exigent d'évaluer, de façon équilibrée, les besoins des divers groupes qui composent la société, notamment ceux des groupes et des personnes vulnérables.

Il ressort de cette analyse que, pour bâtir un jugement sur les besoins, il faut tenir compte de leurs différentes dimensions. Dans cette optique, une approche qui considère une pluralité de points de vue, de faits, d'expériences et d'opinions semble offrir le plus de garanties de parvenir à un réel progrès dans l'évolution des services de santé et des services sociaux. À l'aide de notre démarche de consultation et d'analyse des indicateurs, nous porterons un regard sur cette notion de besoins. Le point de vue des citoyens, des décideurs et des experts permettra ainsi de capter la complexité inhérente à l'identification des besoins. C'est un des défis auxquels notre démarche tentera de faire face.

> L'IMPORTANCE DES VALEURS SOCIALES

Les valeurs représentent le fondement réel de la réflexion, de la délibération, du jugement et des choix. Quatre valeurs fondamentales transcendent le système de santé et de services sociaux depuis son origine comme projet collectif au Québec : la dignité, la liberté, l'égalité et la solidarité.

La dignité de l'être humain rappelle l'exigence d'humanisation des soins et des services. La liberté fait référence à l'autonomie des citoyens et à leur capacité d'agir et de faire connaître leurs choix sociaux et politiques. L'égalité suppose que tous les citoyens aient la même valeur à titre d'être humain et qu'ils aient droit de participer à la vie collective, de prendre part aux services et aux soins offerts, ainsi que de porter plainte, au besoin, sans craindre la discrimination et les décisions arbitraires. La solidarité exige de se donner les moyens d'agir ensemble pour le bien commun et implique la redistribution juste des ressources afin de permettre un accès équitable à un système public et universel et de réduire les inégalités. Ces valeurs fondamentales entrent en action dès lors que l'on cherche à gérer un système public de manière efficiente.

Par ailleurs, ces mêmes valeurs servent de fondement aux revendications de divers groupes et mouvements sociaux. À titre illustratif, mentionnons les groupes de lutte contre le SIDA dont les revendications quant à l'accès équitable aux médicaments et aux vaccins reposent sur les valeurs de solidarité et d'égalité. Autres exemples : les groupes qui militent en faveur d'une considération réelle des réalités de l'itinérance ou de la maladie mentale, particulièrement à l'égard de l'autonomie de ces personnes et du respect de leur dignité ; ou encore, le mouvement consumériste⁵, qui prend de l'ampleur à l'échelle internationale et au Canada et qui investit l'individu d'un rôle actif de revendication pour réclamer le service qui lui est dû, quitte à chercher à obtenir ce service ailleurs. Somme toute, il s'agit d'individus et de groupes qui interprètent les valeurs fondamentales à la lumière de leurs préoccupations et de leurs priorités, lesquelles peuvent, en outre, entrer en conflit avec celles de la collectivité.

5. Le « consumer movement », très présent aux États-Unis, qui a des implications marquées sur le « managed care » dans ce pays.

Les valeurs sont autant de prismes à travers lesquels on peut évaluer les quatre fonctions nécessaires à assurer la performance du système, afin de porter un jugement global sur celle-ci (figure 2). Le rôle joué par les valeurs sociales pour donner du sens et de la cohérence aux actions posées pour améliorer la performance globale du système de santé et de services sociaux, cependant, est difficile à apprécier. L'examen de la cohérence entre les actions posées dans le système et les valeurs sociales fondamentales, de même que l'identification de valeurs émergentes et leur intégration dans l'exercice d'appréciation de la performance globale du système, nécessite des choix méthodologiques. Le Commissaire se penche actuellement sur ces questions.

C'est moins la mesure directe de ces diverses valeurs qui est déterminante ici que le partage, voire la négociation de ces points de vue variés mis de l'avant par les différentes parties. Les valeurs vont éclairer ces débats qui, à leur tour, permettent d'explicitier les valeurs qui sous-tendent les positions, de clarifier des choix et de susciter l'adhésion, la mobilisation et la cohésion nécessaires pour définir les priorités et implanter les changements qu'exige le bon fonctionnement du système.

> UNE APPRÉCIATION ANCRÉE DANS UN CONTEXTE EN TRANSFORMATION

Le système de santé et de services sociaux est profondément influencé par les transformations sociodémographique, socioéconomique, technologique et éco-environnementale, qui constituent autant de déterminants de l'état de santé et de bien-être de la population. Ces transformations se déroulent à l'échelle nationale et, de plus en plus, dans un contexte de mondialisation, à l'échelle continentale et internationale. Dans un tel contexte de complexité, il est impossible de se définir en vase clos. Il faut, au contraire, se situer face à ces transformations et bien saisir leur portée, parce qu'elles exercent une influence déterminante sur les choix à faire.

Plusieurs de ces facteurs influent sur la dynamique du système de santé et de services sociaux. Il est donc impératif d'ancrer notre appréciation de la performance dans ce contexte en changement (figure 2). Au chapitre suivant, qui jette un premier regard sur les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux québécois, certaines de ces transformations seront examinées de plus près.

Par ailleurs, il est important de réaliser que l'individu cherche, au cours de sa vie, à préserver et à promouvoir sa santé et son bien-être au sein d'un milieu de vie qui lui est propre, dans lequel il entretient des liens intergénérationnels significatifs, et dans un environnement où les inégalités sociales de santé sont légion. La dimension temporelle de la vie individuelle, les interrelations entre les individus eux-mêmes et leurs expériences de vie dans un contexte social particulier ont un impact significatif sur les besoins prioritaires auxquels il faut répondre. Il est donc essentiel de prendre en considération l'ensemble de ces facteurs afin de construire une appréciation globale et intégrée.

> CONSTRUIRE UNE APPRÉCIATION GLOBALE ET INTÉGRÉE

En premier lieu, rappelons que la finalité de l'appréciation a clairement trait aux besoins de la population, tout en étant axée sur ceux de chaque personne. En effet, c'est d'abord à titre de personne dans son intégralité, avec sa dimension biologique, psychologique, sociale et politique, que chacun souhaite être considéré quand il fait appel au système. Au-delà du rôle d'utilisateur de services particuliers, au-delà du rôle de patient et de sa relation avec différents intervenants, et au-delà du rôle de contribuable, la réflexion que nous proposons porte sur la relation qu'entretient la citoyenne ou le citoyen, dans son intégralité, avec son système de santé et de services sociaux.

Par ailleurs, la performance, telle que nous la percevons, est un concept englobant qui inclut toutes les fonctions et dimensions qui permettent d'appréhender la dynamique à l'œuvre dans le système complexe qui nous intéresse. Le cadre retenu est donc intégrateur, en ce sens qu'il rassemble l'ensemble des dimensions de la performance et qu'il permet de les mettre en relation, en équilibre dynamique, les unes avec les autres.

Le cadre d'appréciation représente donc un moyen de situer et d'analyser les observations pertinentes aux fonctions et dimensions de la performance du système à l'égard des besoins. Il permet ainsi de mieux appréhender les enjeux et de mettre en lumière les paradoxes et les impasses auxquels fait face le système de santé et de bien-être.

En résumé, le Commissaire adopte une perspective globale et intégrée pour apprécier la performance du système à l'égard de la réponse aux besoins. Aucun des éléments de l'approche présentée ne suffit à lui seul pour porter un jugement sur la performance

LE COMMISSAIRE ADOPTE
UNE PERSPECTIVE
GLOBALE ET INTÉGRÉE
POUR APPRÉCIER
LA PERFORMANCE
DU SYSTÈME.

du système. L'atteinte d'un équilibre entre les quatre fonctions (Adaptation, Production, Développement et maintien de la culture organisationnelle, et Atteinte des buts), en réponse aux besoins dans un contexte en évolution et en accord avec les valeurs sociales, est appréhendée grâce à différentes sources de connaissances complémentaires. Cette analyse intégrée et évolutive est nourrie, notamment, par la collecte continue d'indicateurs de performance validés. Finalement, le travail du Commissaire s'inscrit dans une

logique d'amélioration continue, en misant sur les éléments où nous sommes performants et en définissant les correctifs à apporter dans les zones de contre-performance, sur la base des meilleures pratiques observées ici et ailleurs.

Des paradoxes systémiques

Certains exemples de paradoxes systémiques illustrent la complexité de l'analyse de la performance des systèmes de santé et de services sociaux. Ils révèlent comment les approches ne considérant qu'un seul aspect des choses — soit les ressources, soit les volumes de services, soit les résultats mesurables — sans en analyser les interactions, peuvent mener à des jugements partiels et erronés de la performance réelle. De plus, les solutions simples ne sont pas toujours les plus adéquates, un ensemble de conditions devant souvent être pris en considération pour accroître la performance d'un système. Voici quelques exemples de paradoxes.

- > Bien qu'on s'attende à ce qu'un apport de ressources conduise nécessairement à plus d'accessibilité aux services et plus de satisfaction des personnes, force est de constater que cette relation ne tient pas toujours. Les comparaisons internationales révèlent que les pays investissant le plus d'argent dans le secteur de la santé ne sont pas toujours ceux obtenant les meilleurs indicateurs d'accessibilité et de satisfaction des personnes. D'autres éléments, tels les modes d'organisation des services et de couverture des populations, sont, eux aussi, déterminants.
- > Bien que, à première vue, produire plus de services soit un signe de productivité, ces volumes d'activité doivent être mis en relation avec les ressources investies pour pouvoir porter un jugement sur la productivité.
- > Dans certains pays, on investit énormément de ressources économiques en santé, mais on ne réalise pas de gains substantiels à l'égard de la santé de la population, alors que, dans d'autres pays, le contrôle des dépenses est plus serré, avec des résultats similaires, sinon plus élevés.
- > Finalement, accroître la satisfaction d'ensemble de la société peut aussi mettre en péril l'équité si cet accroissement d'ensemble ne résulte que de l'amélioration de la satisfaction de certains groupes spécifiques, en particulier les mieux nantis.

QUE RÉVÈLENT
LES INDICATEURS
RELATIFS
AU SYSTÈME
DE SANTÉ ET
DE SERVICES
SOCIAUX
QUÉBÉCOIS ?



DANS LA PRÉSENTE SECTION, NOUS VERRONS QUELQUES DONNÉES RELATIVES AU CONTEXTE QUÉBÉCOIS ET À CERTAINES DES TRANSFORMATIONS QUI L'AFPECTENT. LA SECONDE PARTIE PRÉSENTERA UN PREMIER REGARD SUR LES INDICATEURS DISPONIBLES POUR ÉVALUER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS.

QUE RÉVÈLENT LES INDICATEURS RELATIFS AU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS ?

> LE QUÉBEC EN TRANSFORMATION

Afin de contextualiser les données sur la performance de notre système de santé et de services sociaux, il est essentiel de suivre l'évolution des grandes transformations qui s'opèrent au Québec, notamment sur les plans 1) démographique et socioéconomique, 2) de l'état de santé et de bien-être, 3) éco-environnemental et 4) technologique. Dans la section qui nous occupe ici, nous présentons certaines données relatives à chacun. Toutefois, il ne s'agit que d'un survol des éléments les plus saillants. Nous avons choisi de ne pas présenter l'ensemble des indicateurs disponibles à l'égard de ces aspects, d'autres rapports en faisant déjà état. La lecture des rapports, les sources d'information citées et les autres renseignements disponibles dans notre site Internet permettront au lecteur intéressé d'approfondir ces questions.

Sur le plan démographique et socioéconomique

Il y a lieu de souligner qu'à l'heure actuelle, le Québec est témoin de transformations majeures sur le plan démographique qui influent sur les besoins de la population en matière de services, sur l'organisation de ces services et sur les stratégies de financement du système de santé et de services sociaux.

Tout d'abord si, depuis le début des années 2000, la croissance annuelle de la population se maintient autour de 0,7 %, à partir du début des années 60, la baisse rapide du taux de natalité a réduit considérablement la cohorte d'âge des moins de 15 ans, quoiqu'une reprise de la natalité ait été observée récemment (ISQ, 2006).

**D'ICI 25 ANS,
LA PROPORTION
DE PERSONNES ÂGÉES
PASSERA DE 13 À 24 %.**

La situation sociale des jeunes s'est transformée elle aussi : à titre d'illustration, le nombre de familles monoparentales a doublé depuis vingt ans (MSSS, 2006). Quant au taux de vieillissement de la population, au début du XXI^e siècle, il s'annonce parmi les plus rapides et les plus élevés du monde : d'ici 25 ans, la proportion de personnes âgées passera de 13 à 24 %, avec une forte augmentation de personnes très âgées (MSSS, 2001). Signalons à cet égard que, dans une société vieillissante, les femmes sont plus nombreuses et ont davantage recours aux services que les hommes.

Par ailleurs, un autre facteur à signaler est celui de la présence, toujours croissante, de personnes issues de communautés culturelles. En 2006, la proportion des personnes immigrantes au Québec était de 11,5 %, soit 850 000 personnes — ce qui invite à bien prendre en considération dans nos pratiques des valeurs et des sensibilités culturelles différentes (ISQ, 2008a).

En outre, le Québec affiche une forte proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu ; nos résultats sont inférieurs à ceux des autres provinces du Canada, et à celles de la plupart des pays européens, particulièrement les pays nordiques (INSPQ, 2005). Rappelons que la défavorisation économique est un facteur de vulnérabilité fortement associé à la grande majorité des problèmes sociaux et de santé et, du même coup, à des besoins de services plus grands (Pampalon, 2002 ; INSPQ, 2007).

Par contre, du côté de la scolarisation, la situation s'améliore de plus en plus, comme en témoigne la hausse constante de la proportion de personnes ayant terminé au moins des études postsecondaires. Il s'agit ici d'un facteur clé parce qu'une population instruite est en mesure de jouer un rôle de plus en plus actif dans la prise en charge de sa santé. Cela dit, une frange importante de la population peine à suivre cette tendance.

Signalons enfin le contexte de mondialisation des économies, qui rend souvent les décisions des pays tributaires de grands enjeux financiers mondiaux. Les systèmes de santé et de services sociaux ne sont pas exempts de ces influences qui s'expriment de diverses façons et commandent parfois des investissements ou des choix de politiques publiques.

Sur le plan de l'état de santé et de bien-être

Les transformations démographique et socioéconomique ont, en soi, des conséquences sur le fardeau de la mortalité et de la morbidité de même que sur les problèmes sociaux qui affectent, et qui continueront d'affecter, la société québécoise.

**LES MALADIES
CHRONIQUES, QUI
PRÉVALENT AUX ÂGES
PLUS AVANCÉS DE LA
VIE, REPRÉSENTENT
MAINTENANT LES
PRINCIPALES CAUSES
DE MORBIDITÉ ET DE
MORTALITÉ DANS
NOS SOCIÉTÉS.**

L'évolution actuelle de la structure d'âge influence déjà le profil épidémiologique de la population. En effet, les maladies chroniques, qui prévalent aux âges plus avancés de la vie, représentent maintenant les principales causes de morbidité et de mortalité dans nos sociétés.

Avec l'amélioration des conditions de vie tout au long du XX^e siècle, on a assisté à un recul notable des maladies infectieuses. De plus, la prise de conscience de l'importance de saines habitudes de vie et les progrès de la cardiologie ont permis une diminution significative de la mortalité cardiovasculaire au cours des 40 dernières années. Cela dit, la population en situation de pauvreté ou à faible revenu continue de connaître des problèmes de santé plus marqués. En guise d'exemple, notons l'écart d'espérance de vie de 10,7 années, documenté entre le territoire de CLSC le plus riche et le plus pauvre de la ville de Montréal (Bernard et Raynault, 2004).

La transformation de l'état de santé et de bien-être a eu des conséquences notables en matière de prévalence de problèmes touchant la population du Québec. Le développement des enfants et des jeunes demeure un enjeu central — vu leur contribution primordiale au renouvellement et à la vitalité de la collectivité. En outre, les problématiques touchant les jeunes adultes et les adultes, qui sont au cœur de toute société dynamique, requièrent une attention soutenue, notamment à l'égard de l'adaptation sociale, de l'acquisition de saines habitudes de vie, de la prévention des maladies chroniques et de la prise en charge optimale des problèmes de santé mentale, comme ceux liés au milieu de travail et, bien sûr, du suicide — ce taux de mortalité demeurant ici parmi les plus élevés au monde.

Dans le contexte d'une société vieillissante, ce sont certainement les problèmes affectant les aînés qui exigent l'effort le plus considérable et qui éprouvent énormément les proches aidants et leur famille, notamment si l'on pense aux troubles cognitifs comme l'Alzheimer. Par ailleurs, d'autres maladies présentes dans la population plus jeune, telles que les cancers, première cause de mortalité au Québec, les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et le diabète vont en augmentant. Les estimations varient, mais on projette, en chiffres absolus, une hausse de la prévalence de ces maladies de l'ordre de 50 à 75 % au cours des 25 prochaines années.

Enfin, il est important de réaliser que le vieillissement entraîne des transformations sociales ayant des répercussions notables sur les systèmes de santé et de services sociaux. Non seulement la population vieillit, mais la cohabitation entre générations s'accroît. Ainsi, il est de plus en plus fréquent que les plus jeunes connaissent leurs arrière-grands-parents, ce qui a des impacts sur les interrelations dans les familles et sur les responsabilités que celles-ci devront assumer à l'égard des plus jeunes et des plus âgés.

Sur le plan éco-environnemental

Il est bien connu que la santé et l'environnement sont intimement liés. Les activités humaines ont des répercussions sur l'air que nous respirons, l'eau que nous buvons, les sols que nous cultivons et, enfin, à plus grande échelle, le climat. La contamination biologique, chimique ou physique de l'air, de l'eau ou du sol est la cause de l'émergence ou de l'aggravation de plusieurs problèmes de santé, sans oublier qu'elle met en péril les écosystèmes, créant en retour d'autres risques pour la santé, la sécurité et le bien-être de la population.

La pollution atmosphérique entraîne une augmentation du risque de mortalité prématurée, une hausse significative de la mortalité moyenne quotidienne chez les personnes de 65 ans ou plus, ainsi qu'une morbidité accrue chez les enfants et les personnes défavorisées vivant à proximité de zones de pollution industrielle, ou à fort débit routier.

Les contaminants environnementaux, comme les métaux lourds, sont à l'origine d'intoxications affectant surtout les Autochtones, les enfants de milieux urbains défavorisés ou les personnes vivant à proximité de secteurs industriels. Ces contaminants provoquent des effets à long terme sur l'organisme — avortements successifs, cancers, immunosuppression et retards ou problèmes de développement chez l'enfant. Le rejet de produits chimiques dans l'environnement endommage la couche d'ozone, un filtre naturel contre les rayons ultraviolets émis par le soleil. Les cancers de la peau, largement attribuables aux rayons ultraviolets, sont les plus fréquents de tous les cancers au Canada et ils sont en augmentation constante au Québec depuis au moins 25 ans.

En outre, les changements climatiques pourraient avoir de nombreuses conséquences sur la santé des populations à moyen et à long terme. Déjà, on peut observer une croissance des décès liés aux vagues de chaleur⁶, souvent amplifiées par l'humidité accrue et la pollution atmosphérique urbaine. Les personnes plus vulnérables, comme les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies respiratoires et les jeunes enfants, seront plus affectés.

Sur le plan technologique

Les technologies, au sens large du terme, englobent les médicaments, les protocoles et dispositifs médicaux ou chirurgicaux utilisés en soins médicaux, ainsi que les systèmes d'information, d'organisation et d'aide grâce auxquels ils sont dispensés.

De manière générale, les technologies ont un impact très marqué sur plusieurs sphères d'activité dans le domaine de la santé en transformant les pratiques professionnelles et organisationnelles. Sur le plan clinique, les technologies amplifient la capacité d'action des médecins en procurant des savoirs (capacité diagnostique) et en permettant des interventions sur le corps humain et ses fonctions physiologiques (capacité thérapeutique). Sur le plan commercial, les technologies apportent des revenus aux fabricants, aux distributeurs et aux professionnels. Sur le plan social, les technologies ont une incidence sur la redistribution des bénéfices et des coûts entre différents groupes sociaux et elles transforment les attentes à l'égard du système de soins.

En outre, les technologies contribuent à définir la nature des services et les lieux où ils sont dispensés, puisqu'elles font appel à un niveau approprié de ressources financières et à une main-d'œuvre spécialisée, qui doit par ailleurs se maintenir à jour en ce qui concerne l'évolution des connaissances et des habiletés.

La vitesse d'adoption et la répartition géographique des technologies novatrices sont influencées par un certain nombre de facteurs, dont l'utilité et le coût du nouvel équipement, la valeur ajoutée sur le plan clinique, les tendances relatives aux pratiques professionnelles, les politiques de santé, les mécanismes de financement ainsi que les attitudes envers les nouvelles technologies.

Six secteurs se caractérisent par un développement technologique très rapide et marqué, soit : l'imagerie médicale, la télésanté, les biotechnologies (ex. : peau artificielle, cartilage artificiel, etc.), les vaccins, les nouveaux matériaux et la micro-électronique (ex. : implants cardiaques et cochléaires) et les médicaments sous toutes leurs nouvelles formes d'administration (Lehoux et Battista, 2003).

Si ce sont les innovations chirurgicales et diagnostiques qui ont eu, depuis 25 ans, le plus d'impact sur le traitement des patients, les médicaments représentent, à l'heure actuelle, un secteur en forte croissance grâce au nombre de molécules développées⁷, accompagné

6. Les données climatiques démontrent que la dernière décennie a été la plus chaude depuis le milieu du XIX^e siècle. Cette tendance au réchauffement aura comme impact d'augmenter la fréquence, la durée et l'intensité des canicules (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006)

7. Cet accroissement du nombre de molécules s'explique par le développement de nouveaux médicaments pour 1) traiter des maladies pour lesquelles il n'existait aucun traitement auparavant (ex. : le cancer et l'Alzheimer), 2) remplacer d'autres types d'interventions (telles que la chirurgie), ou 3) prévenir certaines maladies (ex. : prévention de maladie cardiovasculaire).

d'une hausse de la consommation. De plus, le couplage de différentes technologies offre de nouvelles possibilités. C'est le cas des progrès en chimie analytique et en miniaturisation électronique, qui facilitent le déplacement des analyses hors du laboratoire central vers la clinique et vers le domicile, ainsi que du couplage de hautes technologies déjà sur le marché, comme les tomodensitomètres, la résonance magnétique, la radiothérapie et les robots chirurgicaux. Enfin, les technologies de l'information provoquent, elles aussi, de grands bouleversements au Québec en ce qui a trait à la prestation, aux coûts et à la gestion des soins et services.

Enfin, il faut rappeler que les technologies influent sur les coûts pour trois raisons : 1) l'augmentation de l'intensité des interventions, 2) l'introduction de nouvelles technologies et l'adaptation de technologies existantes à d'autres fins, et 3) l'élargissement des indications thérapeutiques ou diagnostiques. Par ailleurs, les technologies de l'information peuvent aussi avoir des conséquences positives sur les coûts, en assurant une meilleure fluidité des renseignements cliniques et en aidant à mieux ajuster l'offre de services aux besoins des personnes et des populations.

En résumé, ces grandes transformations — sociodémographique, de l'état de santé et de bien-être, technologique et éco-environnementale — influent sur notre système de santé et de services sociaux. Elles ont une influence autant sur les besoins auxquels le système fait face que sur la capacité de celui-ci à y répondre. Ces grandes transformations influent sur l'évolution de notre système et n'agissent jamais de manière isolée, mais elles exercent une influence les unes sur les autres, et ce, dans un contexte de mondialisation. Trop souvent, les évaluations de la performance font fi de ces éléments et évaluent les systèmes de soins et services comme s'ils étaient indépendants de ces influences. Un de nos défis est de les considérer, au meilleur des connaissances disponibles, dans les évaluations futures que nous réaliserons.

> UN PREMIER REGARD SUR LES INDICATEURS DU CADRE D'APPRÉCIATION

Dans le cadre de nos travaux, nous avons recueilli un ensemble important d'indicateurs auxquels nous avons adjoint les renseignements disponibles dans la documentation scientifique. Pour ce premier examen de notre système de santé, nous avons analysé ces données aux paliers international, provincial et régional à l'aide du cadre d'appréciation de la performance globale et intégrée décrit dans les sections précédentes. Dans la présente section, nous porterons un premier regard sur les données disponibles à l'égard de divers indicateurs pouvant servir à apprécier la performance du système de soins et de services sociaux du Québec. Notre objectif est ici d'illustrer l'utilité de notre cadre d'analyse pour interpréter les indicateurs et le positionnement des régions du Québec, l'une par rapport aux autres, et celui du Québec par rapport à la moyenne canadienne ou à d'autres pays comparables.

NOTRE OBJECTIF EST ICI D'ILLUSTRER L'UTILITÉ DE NOTRE CADRE D'ANALYSE POUR INTERPRÉTER LES INDICATEURS.

Comment choisir parmi les indicateurs disponibles ?

Un vaste ensemble d'indicateurs sanitaires et relatifs aux services peuvent être générés à partir de diverses sources d'information telles que les recensements, les bases de données administratives des hôpitaux, les fichiers de décès et relatifs à certaines maladies, les systèmes d'information des centres locaux de services communautaires (CLSC) et autres. Pour les fins de notre démarche, divers critères ont guidé la première sélection d'indicateurs. Ces critères serviront aussi à la présentation ou à l'élaboration de nouveaux indicateurs dans nos rapports d'appréciation. Parmi ces critères, notons la validité et la précision de l'indicateur, sa disponibilité actuelle ou la possibilité de le rendre disponible, la comparabilité entre différentes juridictions, la clarté de son interprétation, et le fait qu'il puisse être attribué à une action du système de santé et de services sociaux. À l'aide de ces critères, nous avons sélectionné les indicateurs et les avons calculés, en collaboration avec d'autres acteurs du réseau.

On ne peut ici prétendre faire le tour de la question de la performance ni offrir toutes les bases factuelles nécessaires pour juger de la performance du système de santé. Notre analyse représente, par contre, un premier effort de synthèse d'un vaste ensemble de données provenant de diverses sources, que nous désirons soumettre à la société québécoise. Cela nous permettra de soulever diverses questions et de déterminer les aspects du système de santé qui pourront faire l'objet d'analyses plus approfondies au cours des prochaines années. Il s'agit, en fait, d'un point de départ pour apprivoiser les défis de l'analyse de la performance, dans une philosophie d'amélioration de la qualité des services que notre système de santé et de services sociaux rend à la population.

Cette première analyse sommaire des indicateurs correspond à une seule des étapes de notre démarche d'analyse. Cet examen des indicateurs sera complété par les autres étapes de la démarche dans nos rapports d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Les indicateurs seuls ne suffisent pas à se prononcer sur la performance d'un système aussi complexe que le système de santé et de services sociaux du Québec. Ils doivent être complétés par la consultation d'experts, de décideurs et de citoyens, pour mieux comprendre leur sens, les causes de leurs variations et les solutions les plus adéquates aux problèmes repérés. Au bout du compte, c'est l'ensemble du système de santé et de services sociaux qui est convié à se pencher sur les problématiques soulevées par un ensemble d'indicateurs.

Des évaluations récentes de la performance à l'échelle internationale

Plusieurs organisations internationales se sont intéressées à l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Ainsi, les dernières années ont vu la publication de rapports faisant état de problèmes spécifiques à divers systèmes de santé nationaux.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Le rapport sur la santé dans le monde de l'Organisation mondiale de la santé publié en 2000 proposait un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé. Un ensemble d'indicateurs ont été employés pour réaliser cette première analyse internationale à l'aide d'un cadre explicite de comparaison. Ce cadre faisait appel à un vaste ensemble d'indicateurs mettant en relation les ressources investies, les résultats atteints et les éléments liés à la façon par laquelle les systèmes de soins répondent aux attentes des populations. Dans ce rapport, le Canada s'est classé au 30^e rang dans le monde, ce qui a fait réagir fortement divers acteurs du système canadien. Cette piètre performance s'expliquait par le fait que, malgré un niveau élevé d'atteinte des objectifs de santé (12^e rang) et de réactivité aux attentes des personnes (7^e rang), le Canada affiche un niveau élevé de dépenses de santé et une performance moyenne à l'égard de l'équité dans le financement (OMS, 2000). Pour plusieurs, cette place peu favorable du Canada à l'échelle mondiale reflétait davantage le choix des indicateurs que la réalité du système de santé. Pour d'autres, cela s'expliquait du fait qu'entraient en jeu les ressources investies dans les systèmes de santé plutôt que les seuls indicateurs de santé. Il faut reconnaître que la publication de ce rapport a donné lieu à un réel questionnement dans les réseaux de soins et a stimulé la réflexion sur la performance relative des systèmes de santé.

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

Plus récemment, l'Organisation de coopération et de développement économiques a publié en 2007 la quatrième édition du Panorama de la santé (OCDE, 2007). Ce rapport présente des données sur différents aspects de la performance des systèmes de santé des pays de l'OCDE. Les indicateurs choisis portent sur l'état de santé de la population et les risques sanitaires, les coûts, l'affectation des ressources et divers indicateurs d'activités des systèmes de santé. Cette publication s'appuie, principalement, sur la base de données Éco-Santé, OCDE 2007. Selon cet ensemble d'indicateurs, le rang du Canada est favorable, à plusieurs égards, par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE : l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans, la mortalité par maladies cardiovasculaires, par cancer et par accidents non intentionnels et intentionnels, et la mortalité prématurée. Néanmoins, globalement, le Canada ne figure pas parmi les pays présentant les meilleurs états de santé malgré son taux marqué de dépenses. Plusieurs indicateurs suggèrent aussi un positionnement moins favorable à l'égard des résultats atteints au Canada. Nous y reviendrons plus tard.

Le Commonwealth Fund

Les dernières années ont aussi vu la publication d'études commandées par le *Commonwealth Fund* — une fondation américaine privée vouée à la promotion d'un système de soins de santé performant — qui a conduit diverses enquêtes sur la satisfaction des personnes à l'égard de multiples aspects des soins de santé et de l'organisation des services médicaux. Ces enquêtes révèlent que, parmi les pays étudiés, le Canada se classe défavorablement (The Commonwealth Fund, 2007). En effet, dans cette analyse de pays industrialisés de l'OCDE (Australie, Canada, Allemagne, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, États-Unis, Pays-Bas) portant sur un ensemble d'indicateurs relatifs à la qualité des soins, à l'accès aux soins, à l'efficacité, à l'équité et à l'état de santé, le Canada se classe au 5^e ou 6^e rang dans neuf des dix catégories d'indicateurs. Ce n'est que pour l'état de santé que le Canada se classe mieux, soit au 3^e rang. Autre note positive, le Canada se classe bien à l'égard des barrières économiques à l'accès aux soins, suivant de près le Royaume-Uni, qui compte les plus faibles proportions de répondants qui déclarent des besoins de soins non comblés ou des problèmes d'observance au traitement pour raison économique. Les indicateurs sont, par contre, moins favorables à l'égard de la prise en charge des maladies chroniques et de l'accès aux soins en temps opportun (Schoen *et al.*, 2007). Enfin, du côté de l'organisation des services de première ligne, les résultats sont nettement défavorables.

Dans l'ensemble, les comparaisons internationales suggèrent que, malgré un état de santé atteignant un niveau acceptable, d'autres aspects de la performance des systèmes de santé présentent des défis. Il s'agit des structures organisationnelles, des ressources et de l'accès aux soins et de la coordination des services.

Les indicateurs comparables aux paliers régional, provincial et international

L'un des outils les plus utiles pour apprécier la performance d'un réseau d'organisations de santé est de documenter, à l'aide d'un système d'indicateurs fiables et valides, un ensemble le plus complet possible de fonctions et de dimensions pertinentes et de dégager ainsi une perspective globale qui reflète bien la nature des organisations et qui permet de les comparer à des organisations semblables. L'analyse des indicateurs doit, bien sûr, être complétée, comme nous l'avons illustré dans la section précédente, par d'autres sources d'information afin de pouvoir juger de la performance. Dans la présente section, nous présentons les indicateurs uniquement selon notre cadre d'appréciation de la performance. Nous ne portons pas de jugement sur la performance à ce stade-ci — de tels jugements nécessitant d'autres étapes de consultation auprès d'experts, de décideurs et de citoyens. Il faut cependant noter que ces renseignements démontrent des variations notables entre régions et suggèrent que, dans certains domaines, les indicateurs sont moins favorables au Québec, par rapport à d'autres provinces ou d'autres pays.

Sur la base du travail amorcé par divers chercheurs québécois⁸, nous avons rassemblé les indicateurs disponibles pour classer le Canada par rapport à des pays comparables

8. Ce groupe de chercheurs inclut des chercheurs du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et de l'Institut national de santé publique du Québec.

(tableaux de comparaisons internationales 1 à 3 en annexe) et le Québec par rapport aux autres provinces canadiennes (tableaux de comparaisons interprovinciales 1 à 3 en annexe). Nous avons ensuite élaboré un premier profil comparatif des régions du Québec à l'aide d'indicateurs disponibles (tableaux de comparaisons interrégionales 1 à 4 en annexe).

Nous nous limiterons donc ici à un examen global des différentes fonctions pour en dégager certains constats généraux. Cet examen de chacune des fonctions fera aussi état de la place du Canada par rapport à d'autres pays et de celle du Québec au sein du Canada, lorsque les données sont disponibles. Il importe ici de rappeler que certains indicateurs ne sont pas disponibles à tous les niveaux d'analyse. L'objectif actuel est de porter le regard le plus exhaustif possible sur la situation québécoise en l'examinant dans un contexte plus global, en fonction des données disponibles.

Il aurait été possible ici de considérer individuellement chaque indicateur et d'en discuter de façon détaillée. Cette approche n'a pas été jugée appropriée pour les fins du présent rapport. D'une part, un indicateur n'a vraiment de sens qu'en relation avec d'autres configurations d'indicateurs et, d'autre part, étant donné que chaque indicateur est une mesure valide d'une dimension précise et que les dimensions constitutives de chaque fonction sont fondées sur un modèle théorique reconnu, nous pensons qu'il est possible, et même souhaitable, d'interpréter les associations à ce niveau, plutôt qu'au niveau d'indicateurs spécifiques.

Qu'est-ce qu'un indicateur ?

Notons ici qu'un indicateur est une information quantitative ou qualitative qui suggère la présence d'un problème, d'un phénomène ou d'une situation particulière. Ainsi, l'indicateur reflète souvent une réalité plus complexe, synthétisée en un seul chiffre ou un seul fait. Par exemple, l'espérance de vie à la naissance résume l'âge moyen au décès d'une population qui naîtrait maintenant et à laquelle on accorde la probabilité de mourir à chaque âge selon les taux de mortalité actuels. Il ne s'agit donc pas d'une mesure réelle du temps vécu par les personnes, mais plutôt d'une durée de vie probable pour la moyenne des personnes, si les risques de mourir demeurent inchangés dans le futur. Néanmoins, diverses études démontrent que cette mesure est corrélée avec plusieurs autres mesures de santé et de maladie et représente ainsi un bon indicateur de l'état de santé. Les indicateurs ont pour fonction de résumer, de façon univoque, des réalités complexes et de pouvoir porter un jugement sur leur évolution. Ainsi, un accroissement de l'espérance de vie est un indicateur que la santé d'une population s'améliore, alors qu'une réduction suggère plutôt que, dans l'ensemble, l'état de santé de la population se détériore.

Les indicateurs doivent, cependant, être interprétés avec prudence, car ils reflètent souvent une partie de la réalité, et ils doivent être analysés de façon globale, en comparant un ensemble plus vaste d'indicateurs. Les indicateurs suscitent parfois plus de questions qu'ils ne proposent de solutions. On ne saurait donc se baser uniquement sur ceux-ci pour porter un jugement : il faut plutôt les analyser à la lumière de multiples autres types d'information qui viennent donner un sens aux données.

Examinons à présent les indicateurs disponibles, selon notre cadre d'appréciation. Nous débiterons par une revue des indicateurs à l'échelle nationale et internationale qui peuvent être regroupés selon notre cadre d'analyse. Cela permettra de situer le Québec dans un ensemble plus vaste, avec l'ensemble du Canada et d'autres pays comparables. Ensuite, nous présenterons les indicateurs à l'échelle des régions du Québec et dresserons nos premières observations.

Les comparaisons à l'échelle interprovinciale et internationale

Aux paliers provincial et international, un vaste ensemble d'indicateurs est disponible. Ces indicateurs proviennent, pour les comparaisons à l'échelle interprovinciale, des bases de données colligées par des organismes nationaux ou provinciaux, comme l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada, l'Agence de santé publique du Canada et l'Institut national de santé publique du Québec. Pour les comparaisons à l'échelle internationale, les indicateurs examinés proviennent de la base de données Éco-Santé, OCDE 2007. L'ensemble des indicateurs pour lesquels on compare le Québec à la moyenne canadienne figurent aux tableaux de comparaisons interprovinciales 1 à 3 en annexe et ceux pour lesquels le Canada est comparé à d'autres pays de l'OCDE figurent aux tableaux de comparaisons internationales 1 à 3 en annexe. Pour ces comparaisons, nous avons placé les indicateurs du Canada ou du Québec relativement à une balise — la plupart du temps représentée par le pays ou la province offrant le résultat le plus favorable.

L'adaptation

Au palier international, divers indicateurs provenant de la base de données Éco-Santé, OCDE 2007, sont disponibles pour la fonction Adaptation (tableau international 1). Ces indicateurs ont trait à la disponibilité de lits et à leur occupation en contexte hospitalier, ainsi qu'à la disponibilité de ressources humaines, économiques et technologiques. Si, dans l'ensemble, les dépenses de santé au Canada sont relativement élevées, elles demeurent inférieures à celles des pays investissant le plus dans les services de santé. De même, le Canada présente des taux relativement bas par rapport à d'autres pays de l'OCDE pour les taux de médecins spécialistes par habitant, d'appareils d'imagerie par résonance magnétique et de lits de courte durée. Par contre, les taux d'omnipraticiens et le taux d'occupation des lits de soins de courte durée sont plus élevés.

Les dépenses de santé au Québec et au Canada

Le Canada investit beaucoup de ressources dans la fourniture de services de santé. En effet, les Canadiens y investissent collectivement 160 milliards de dollars par an, soit environ 10,6 % de la production économique totale (ICIS, 2007c). On estime aujourd'hui que ces dépenses représentent 4 867 dollars canadiens par habitant par an, ce qui place le Canada au 9^e rang parmi tous les pays de l'OCDE (ICIS, 2007c; OCDE, 2007). Les dépenses de santé estimées pour le Québec sont moindres, à environ 4 371 dollars canadiens par habitant, et elles sont plus élevées en Alberta, à 5 390 dollars canadiens par habitant. Les dépenses de santé au Canada demeurent surtout financées par le système public, pour environ 70 %, au moyen de l'imposition sur le revenu et de la

taxation. Avec environ 30 % des dépenses financées de façon privée, par les paiements directs aux prestataires ou à une assurance privée, le Canada se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE, où le privé représente de 20 % à 40 % des dépenses de santé. Au Canada, les dépenses privées proviennent d'abord des dépenses de santé personnelles (14 % des dépenses totales) et de l'assurance privée (12 %) (ICIS 2007a). Le Canada a connu une croissance des dépenses de santé au cours des dernières décennies : les dépenses privées ont crû de 4,4 % par an en moyenne entre 1975 et 2005 par rapport à 3,5 % dans le secteur public (ICIS 2007a).

Au palier provincial, les indicateurs disponibles pour la fonction Adaptation ont trait aux ressources humaines, aux appareils d'imagerie par résonance magnétique, au niveau des dépenses de santé et à la proportion de la population ayant consulté un médecin dans les 12 derniers mois (tableau interprovincial 1). Il ressort que le Québec présente, dans l'ensemble, des dépenses de santé moindres que les autres provinces, un niveau de ressources humaines élevé pour les médecins spécialistes et moins favorable pour les omnipraticiens et le personnel infirmier. Le Québec est la province présentant la proportion la plus faible de sa population ayant consulté un médecin dans les 12 derniers mois. Une première analyse de ces indicateurs pourrait suggérer un niveau moindre d'investissement en santé au Québec. Par contre, des différences à l'égard des coûts réels d'exploitation et de rémunération des professionnels entre les provinces doivent être considérées dans nos analyses ultérieures pour pouvoir positionner, avec plus de précision, le Québec dans le contexte canadien eu égard à la fonction Adaptation.

Les ressources humaines en santé au Québec et au Canada

La santé et les services sociaux emploient 1,5 million de personnes au Canada, soit 10 % de la population des travailleurs, les médecins et le personnel infirmier formant près de la moitié de ce groupe. Le Canada compte deux médecins pour 1 000 habitants, un ratio comparable à ceux d'autres pays de l'OCDE, et il se classe au 8^e rang pour le nombre d'omnipraticiens par habitant et au 24^e rang pour les médecins spécialistes par habitant parmi les pays de l'OCDE ; il compte en revanche plus d'infirmières, avec 10 infirmières pour 1 000 habitants. Ce sont les provinces du Québec et de la Nouvelle-Écosse qui présentent les ratios de médecins les plus élevés, avec 2,15 médecins pour 1 000 habitants. En outre, le ratio d'infirmières au Québec est de 8,4 pour 1 000 habitants (OCDE 2007). Bien que les niveaux de ressources soient élevés dans le contexte canadien, le Canada présente des niveaux nettement plus bas que le pays présentant les plus hauts niveaux de ressources pour l'ensemble des indicateurs d'adaptation.

Il est difficile de se prononcer à l'égard de ces différents indicateurs relatifs aux ressources humaines, financières et organisationnelles. Les variations peuvent, en grande partie, refléter la structuration de différents systèmes de santé. Il demeure tout de même utile de les considérer en raison de l'éclairage qu'ils offrent relativement aux ressources dont disposent nos systèmes de soins. Ici, les indicateurs suggèrent que le système de santé canadien bénéficie d'un niveau élevé d'investissement humain et économique. Notons, par contre, une dimension où le Canada se distingue : l'indicateur relatif au pourcentage

des dépenses totales consacrées à l'administration du système de santé suggère que, selon le *Commonwealth Fund*, le Canada se classe parmi les pays où les dépenses consacrées à la gestion sont moindres en proportion des dépenses totales. Par contre, le niveau d'acquisition des nouvelles technologies, comme les appareils d'imagerie par résonance magnétique par habitant, est nettement inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE.

La production

Sur le plan international, les indicateurs relatifs à la fonction Production ont surtout trait au nombre de visites annuelles auprès d'un médecin par habitant, à la durée moyenne des séjours hospitaliers, à la réception de services préventifs et aux taux de certaines interventions médicales (tableau international 2). Si le Canada se distingue avantageusement pour certains indicateurs comme la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans vaccinées contre l'influenza et le taux de femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie au cours d'une période de deux ans, par contre, les taux d'arthroplastie de la hanche et la durée moyenne de séjour sont moins favorables. Pour les autres indicateurs, le Canada se situe plutôt dans la moyenne des pays comparés à l'égard de la production.

L'organisation des services de santé en contexte canadien

Les études du *Commonwealth Fund* présentent un ensemble beaucoup plus vaste d'indicateurs à partir desquels on peut évaluer le niveau de production de services du système de santé canadien (The Commonwealth Fund, 2007). Les indicateurs développés dans le cadre de ces études illustrent le rang défavorable du Canada sur un grand ensemble d'indicateurs relatifs à l'accessibilité des services — à l'exception de l'accessibilité économique — et à la réception de services par les personnes atteintes de maladies chroniques et à la qualité des soins.

Dans l'ensemble, les études du *Commonwealth Fund* illustrent les déficits importants à l'égard de l'organisation des services au Canada (The Commonwealth Fund, 2007). En effet, le Canada se range au 6^e ou au 7^e rang sur les sept pays étudiés, pour la majorité des indicateurs. De plus, les écarts entre les données canadiennes et celles du pays présentant la meilleure performance pour chaque indicateur sont en général très marqués. Seulement 26 % des cliniques médicales au Canada peuvent produire une liste de patients par diagnostic, seulement 41 % déclarent recevoir, de façon courante, des alertes à propos de problèmes potentiels de médication et, enfin, la proportion de cliniques bénéficiant de technologies d'information clinique est très faible. Les indicateurs d'organisation des services illustrent aussi les déficits marqués sur trois aspects : l'accessibilité en soirée et en fin de semaine, la multidisciplinarité et le travail en équipe. Ces études sont intéressantes du fait qu'elles apportent un éclairage complémentaire aux indicateurs disponibles.

Les indicateurs disponibles au palier provincial ont trait à la proportion de personnes ayant un médecin de famille, à la réception de services préventifs, aux taux de certaines interventions médicales et d'hospitalisations, et à la satisfaction à l'égard des services de santé

(tableau interprovincial 2). Si le Québec se distingue favorablement à l'égard des conditions propices aux soins ambulatoires et des temps d'attente de moins d'un mois pour recevoir une chirurgie non urgente, pour voir un médecin spécialiste ou obtenir un test diagnostique, par contre, les indicateurs sont moins favorables à l'égard de l'affiliation à un médecin de famille et de la réception de services préventifs, comme la mammographie de dépistage et le test de dépistage du cancer du col de l'utérus (test de Pap). Encore ici, les indicateurs suggèrent que le Québec pourrait s'améliorer à l'égard de la fonction Production, puisqu'il occupe une position moyenne ou inférieure dans le contexte canadien qui, lui-même, présente une production moyenne.

Le développement et le maintien de la culture organisationnelle

À l'échelle internationale, peu d'information a été recueillie pour documenter les indicateurs relatifs au développement et au maintien de la culture organisationnelle. Par ailleurs, les études du *Commonwealth Fund* suggèrent que le Canada se situe en milieu de peloton des pays comparés pour l'insatisfaction des professionnels envers leur vie professionnelle, mais qu'il est bon dernier pour le maintien de la compétence (The Commonwealth Fund, 2007). Au palier provincial, la disponibilité actuelle d'indicateurs n'a pas permis de porter un regard fiable. Néanmoins, soulignons d'emblée que le Québec est l'une des provinces canadiennes présentant le nombre moyen le plus élevé de journées de travail perdues dans le secteur de la santé (chez les personnes âgées de 25 à 54 ans), avec 15,5 par rapport à 7,2 en Alberta, 9,7 en Ontario et 12,4 en Colombie-Britannique (ICIS 2007b). Des travaux ultérieurs devront permettre d'accroître l'information comparable dont nous disposons.

L'atteinte des buts

Les comparaisons internationales à l'égard de l'atteinte des buts (tableau international 3) révèlent des indicateurs défavorables dans le contexte canadien pour la mortalité infantile et le cancer ainsi que la prévalence de l'obésité. Par contre, le Canada présente des indicateurs plus favorables en ce qui concerne la perception de l'état de santé, la mortalité par maladies cardiovasculaires et le taux de tabagisme. Pour les autres indicateurs, y compris l'espérance de vie à la naissance, le Canada se situe dans la médiane des pays comparés.

Les enquêtes du *Commonwealth Fund* apportent un complément à ces analyses en matière de sécurité des soins, de réactivité et de la confiance générale des personnes dans le système de santé. Pour ces indicateurs, le Canada se range dans la moyenne des pays. Si la performance nationale est meilleure pour la mortalité évitable par des interventions de soins et pour la perception des changements nécessaires dans le système de santé, trois indicateurs soulèvent de l'inquiétude: la capacité à repérer les événements indésirables, la réception de résultats de tests erronés et la déclaration d'erreurs médicales par les patients (The Commonwealth Fund, 2007).

Les comparaisons interprovinciales (tableau interprovincial 3) suggèrent que le Québec se distingue favorablement des autres provinces à l'égard des proportions de besoins non satisfaits en matière de santé, de la santé perçue, de la mortalité par maladie cardiovasculaire, du taux d'obésité et des grossesses à l'adolescence. Par contre, pour les indicateurs liés au cancer et au tabagisme, le Québec se range beaucoup moins favorablement.

Synthèse du positionnement provincial

Les indicateurs disponibles, présentés aux tableaux internationaux 1 à 3 et interprovinciaux 1 à 3, offrent un premier regard qui pousse à se questionner sur la productivité de notre système de santé. Force est de constater que le Québec se distingue peu de l'ensemble canadien à l'égard de plusieurs des indicateurs et que le Canada, lui, ne se situe pas en position de chef de file dans l'ensemble. Ce constat va dans le même sens que ceux de multiples analyses récentes — employant des méthodologies diverses — où le Canada se range peu favorablement parmi un ensemble de pays comparés. Les données complémentaires apportées dans la présente section suggèrent que les structures organisationnelles mises à la disposition des professionnels exerçant leurs activités dans notre système doivent recevoir une attention particulière au cours de nos démarches d'appréciation.

Les comparaisons interrégionales

Les tableaux interrégionaux 1 à 4 présentent le profil comparatif des régions du Québec. Ce profil, que nous voulons évolutif et qui sera enrichi progressivement, comprend à l'heure actuelle une série d'indicateurs du cadre d'appréciation de la performance. Les régions où les indicateurs s'écartent favorablement de la moyenne sont surlignées en gris et celles où les indicateurs s'écartent défavorablement, en noir. Cet ensemble d'indicateurs permet de dresser certains constats à l'égard des fonctions. À noter que la prise en considération des valeurs organisationnelles dans l'exercice d'appréciation doit faire l'objet de travaux additionnels. De plus, des indicateurs qui reflètent de façon plus complète l'apport des services préventifs et des services sociaux sont en train d'être élaborés, ce qui permettra d'enrichir le profil dans un prochain rapport.

Des constats généraux

Tout d'abord, on constate des variations très marquées entre les régions du Québec à l'égard de la plupart des indicateurs. En effet, certaines régions se situent significativement au-dessus ou en-dessous de la moyenne.

Deuxième constat, aucune région ne présente une situation favorable pour l'ensemble des indicateurs : toutes les régions affichent des indicateurs favorables et d'autres, défavorables. Il en va de même quand on examine les fonctions de façon isolée, à l'exception de la fonction Adaptation : en effet, dans ce cas, les régions présentant des indicateurs favorables tendent à obtenir de bons résultats pour l'ensemble des indicateurs, tandis que celles présentant des indicateurs défavorables présentent de moins bons résultats pour l'ensemble des indicateurs d'adaptation.

**AUCUNE RÉGION
NE PRÉSENTE UNE
SITUATION FAVORABLE
POUR L'ENSEMBLE
DES INDICATEURS.**

Troisième constat, certaines régions se distinguent par leur grand nombre d'indicateurs favorables et d'autres par leur grand nombre d'indicateurs défavorables. Certaines régions se distinguent surtout pour certaines fonctions, tandis que d'autres présentent une situation favorable ou défavorable sur l'ensemble des fonctions.

L'adaptation en contexte québécois

La fonction Adaptation représente la capacité d'acquérir les ressources et d'adapter la structuration ou la configuration du système aux besoins de la population. Les indicateurs disponibles à l'échelle régionale ont trait aux niveaux de ressources économiques et matérielles ainsi qu'au taux d'inscription en groupes de médecine de famille (tableau interrégional 1). Cet ensemble d'indicateurs suggère que les régions diffèrent quant au niveau de ressources humaines et financières qu'elles parviennent à obtenir. Un profil particulier se dégage : les régions universitaires et certaines régions éloignées présentent des indicateurs favorables à propos de plusieurs indicateurs, tandis que quatre régions en périphérie des régions universitaires affichent plutôt un profil défavorable à propos de l'ensemble des indicateurs d'adaptation. Il faut noter aussi les écarts parfois très grands, par exemple : les taux ajustés d'hospitalisation, les taux de lits de courte et de longue durée et les dépenses par habitant, qui vont du simple au double selon les régions. Enfin, bien que plus d'un million de Québécois soient maintenant inscrits auprès d'un médecin membre d'un groupe de médecine de famille, la proportion de la population y étant déjà inscrite est très variable d'une région à l'autre selon les dernières données comparables disponibles.

Un des aspects de la fonction Adaptation peu analysé par les indicateurs disponibles à l'échelle régionale a trait aux structures organisationnelles adoptées par les systèmes de santé pour répondre aux besoins de soins des populations. Ces éléments devront faire l'objet de développement dans les prochains mois pour pouvoir mieux apprécier leur impact sur la performance de notre système.

La production en contexte québécois

Les indicateurs relatifs à la fonction Production ont trait aux volumes de services rendus, aux durées de séjour moyen dans les établissements de santé, au nombre de personnes en attente de services et aux délais d'obtention de ces services, à la réception de services par des sous-groupes de la population, au degré de consommation de services et à l'occurrence de certains événements indésirables (tableau interrégional 2). La variation régionale est ici encore très forte et les profils, moins homogènes. En effet, les régions n'affichant que des indicateurs favorables sont moins nombreuses de même que, inversement, celles ne présentant que des indicateurs défavorables.

Certains indicateurs révèlent, par contre, des niveaux élevés à l'échelle de l'ensemble du Québec. Par exemple, 73 % des appels sont traités en moins de 4 minutes par Info-santé et peu de régions présentent des proportions faibles à cet égard, et 64 % des femmes âgées de 50 à 69 ans ont passé une mammographie au cours d'une période de deux ans.

D'autres indicateurs sont, par contre, plus inquiétants. Seulement 43 % des personnes âgées de plus de 65 ans recevraient une immunisation contre l'influenza et le délai moyen d'attente des personnes admises en CHSLD dépasse les 90 jours. Dans l'ensemble, les variations sont très marquées entre les régions du Québec à l'égard des proportions de personnes en attente depuis plus de six mois pour les chirurgies du genou, de la hanche, de la cataracte et pour les chirurgies d'un jour et celles requérant une hospitalisation. Certaines régions présentent des proportions élevées d'attente dépassant les six mois pour plusieurs de ces chirurgies. Enfin, 25 % des Québécois et Québécoises n'ont pas de médecin de famille et, dans aucune région, les proportions d'affiliation à un médecin de famille ne s'approchent de celles existant dans d'autres provinces canadiennes.

Le développement et le maintien de la culture organisationnelle en contexte québécois

Les indicateurs disponibles relatifs à la fonction Développement et maintien de la culture organisationnelle demeurent limités pour l'instant. Des renseignements sont disponibles en ce qui a trait au temps supplémentaire ou au travail effectué par des agences privées, à la stabilité des postes professionnels, au roulement du personnel, à l'absentéisme et à la formation du personnel (tableau interrégional 3). Ces indicateurs présentent, en général, moins de variabilité que ceux des autres fonctions et quelques régions se démarquent. En effet, certaines régions présentent des proportions défavorables de personnes travaillant en heures supplémentaires et de recours à des agences privées de placement de personnel, ou à l'égard du roulement du personnel. D'autres se distinguent par des indicateurs favorables à l'égard de l'absentéisme ou des heures consacrées à la formation. Cependant, cette description demeure partielle et la fonction Développement et maintien de la culture organisationnelle devrait faire l'objet de travaux pour se donner des indicateurs couvrant l'ensemble des aspects de cette fonction. Ces indicateurs traitent d'aspects qui sont généralement évalués moins souvent dans l'analyse des bases de données administratives.

L'atteinte des buts en contexte québécois

La dernière fonction analysée — l'atteinte des buts — inclut des indicateurs relatifs à l'espérance de vie, à la mortalité pour diverses causes, aux habitudes de vie et aux écarts régionaux entre favorisés et défavorisés (tableau interrégional 4). De nouveau, certaines régions affichent des variations notables sur l'ensemble des indicateurs, certaines se situant dans l'ensemble parmi les plus favorables, tandis que d'autres accumulent les indicateurs défavorables. Si certains indicateurs présentent des variations modestes entre régions, comme l'espérance de vie à 65 ans et l'espérance de vie en bonne santé, d'autres présentent des variations marquées. À cet égard, notons de fortes variations dans les taux ajustés de mortalité évitable et les taux des années potentielles de vie perdues, ainsi que pour les taux ajustés d'incidence du cancer et de mortalité par causes spécifiques. La santé autoévaluée aussi varie fortement d'une région à l'autre à l'égard de l'état de santé général et de la santé mentale. Cet ensemble d'indicateurs régionaux suggère aussi une variation marquée à l'égard des indicateurs touchant la problématique des jeunes. La mortalité infantile, le taux de faible poids à la naissance et les grossesses à l'adolescence varient fortement entre régions. Enfin, la proportion de la population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de santé durant l'année précédente varie de 8,2 à 16,9 %, un écart important.

Une synthèse des tendances régionales

Cette première lecture des indicateurs présentés pour chacune des régions du Québec suggère aussi des profils régionaux particuliers. Un premier groupe de régions — le Bas-Saint-Laurent, la Capitale-Nationale et l'Estrie — affichent des indicateurs favorables pour chacune des fonctions par rapport à l'ensemble du Québec. Ces résultats reflètent le faible nombre d'indicateurs défavorables dans ces régions, qui ne présentent respectivement que 3, 4 et 3 indicateurs défavorables.

CETTE PREMIÈRE
LECTURE DES
INDICATEURS
PRÉSENTÉS POUR
CHACUNE DES RÉGIONS
DU QUÉBEC SUGGÈRE
AUSSI DES PROFILS
RÉGIONAUX
PARTICULIERS.

Un deuxième groupe — Chaudière-Appalaches, Laval et la Montérégie — se démarque positivement à propos de plusieurs fonctions malgré des problèmes dans la fonction Adaptation. En effet, les indicateurs d'atteinte

des buts sont analogues à ceux du groupe supérieur à la moyenne sur l'ensemble des fonctions, mais se distinguent par un déficit à l'égard de plusieurs indicateurs liés aux ressources humaines et financières, particulièrement à Laval et en Montérégie.

Un troisième groupe est constitué de régions se distinguant favorablement pour la fonction Production, mais dont plusieurs des indicateurs pour les autres fonctions se situent dans la moyenne ou y sont inférieurs. Il s'agit du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Mauricie et Centre-du-Québec et des Laurentides.

Un quatrième groupe se distingue favorablement pour la fonction Adaptation, mais, en revanche, présente plusieurs indicateurs défavorables pour les autres fonctions. Il s'agit de Montréal, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine⁹. Le cas de la région de Montréal est particulier, en ce sens que la région bénéficie d'un niveau élevé de ressources, mais affiche des indicateurs moins favorables dans les autres fonctions. Notons, toutefois, que cette région possède une mission provinciale qui rend difficile l'interprétation de ces résultats. En effet, le bassin de clients desservis est plus vaste que sa propre population. Néanmoins, puisque d'autres régions universitaires possédant une mission similaire parviennent à se distinguer pour l'ensemble des fonctions, il est possible que cet état de situation reflète des écarts réels sur lesquels nous devrions nous pencher. Il faut aussi noter que les autres régions présentant ce profil sont des régions isolées des grands centres. Il est fort possible que leurs indicateurs d'adaptation — reflet d'une densité de ressources plus grandes — découlent des obstacles particuliers que représente l'étalement des populations et des points de services. Aussi faut-il signaler que les régions de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine présentent à la fois un portrait mixte, avec plusieurs indicateurs favorables et plusieurs, défavorables.

Enfin, un cinquième groupe, formé des régions de l'Outaouais et de Lanaudière, présente des problèmes dans l'ensemble des fonctions : l'Outaouais affiche des indicateurs défavorables pour 28 des 76 indicateurs, et Lanaudière 21 sur 76, avec respectivement 4 et 3 indicateurs favorables.

Ces premiers résultats comparatifs sur les indicateurs de performance des régions soulèvent forcément des interrogations quant aux causes des variations. Certaines résultent vraisemblablement du nombre limité des indicateurs retenus et, partant, du caractère incomplet de cette première appréciation. Même si les choix méthodologiques ont été faits dans un souci de pertinence, de représentativité et de rigueur, en s'appuyant sur des outils d'appréciation de la performance appliqués ici et ailleurs, il demeure probable que certaines limites inhérentes à notre méthodologie introduisent des variations non désirées.

Toutefois, au-delà de ces limites méthodologiques, nous estimons que les variations décrites reflètent des variations notables à l'égard des indicateurs de performance entre les régions. Cela se voit, notamment, dans les résultats de la récente enquête menée

9. Bien que les indicateurs disponibles ne permettent pas de mener la même analyse pour les territoires du nord du Québec, force est de constater que l'analyse des indicateurs disponibles — des indicateurs d'adaptation très élevés et des indicateurs d'atteinte des buts bien inférieurs — suggèrent que ces territoires pourraient se situer dans ce même groupe. Nos analyses ultérieures permettront de mieux cerner les aspects particuliers relatifs aux indicateurs de ces régions sociosanitaires.

par l'Institut de la statistique du Québec sur la satisfaction des usagers à l'égard de services rendus en différents lieux de consultation. En effet, certaines régions présentant des profils favorables dans notre première analyse, comme le Bas-Saint-Laurent et la Capitale-Nationale, présentent aussi, à l'instar de plusieurs régions éloignées, une proportion supérieure à la moyenne de personnes déclarant être très satisfaites des services rendus (ISQ, 2008b). Ces régions se distinguent par un niveau élevé d'adaptation ou de production. Par ailleurs, certaines régions, qui présentent des indicateurs moins favorables à l'égard de plusieurs des fonctions que nous avons analysées, montrent dans cette enquête des degrés de satisfaction significativement plus bas. Il s'agit des régions de l'Outaouais, de Lanaudière et des Laurentides, où les proportions de personnes peu satisfaites ou insatisfaites des services hospitaliers rendus sont plus élevées. Signalons aussi que la région de Montréal présente le degré de satisfaction le plus bas à l'égard des services prodigués dans les cliniques médicales (ISQ, 2008b). La correspondance entre notre premier survol des indicateurs et les résultats de cette enquête nous invite, encore plus, à explorer plus à fond les pratiques et modalités organisationnelles pouvant expliquer ces variations.

Rappelons, cependant, que ce premier survol ne permet pas d'interpréter les causes de ces variations ni de proposer des avenues de solution. Néanmoins, qui dit variation, dit espace d'amélioration. Nous soumettons donc ce profil comparatif, non pas comme un jugement, mais plutôt comme un outil de questionnement constructif, essentiel à tout processus d'amélioration continue.

Des questionnements pour guider notre démarche

Comme le veut notre mandat, et comme nous l'avons si souvent entendu lors de notre récente tournée des régions, nous croyons que le moment est venu de diffuser, sur une base régulière et le plus largement possible, une information juste sur la performance, dans une optique de partage et de recherche de pistes d'amélioration. Nous espérons que la présentation de cette première analyse des indicateurs et nos rapports subséquents stimuleront, chez les divers acteurs du réseau, un regard critique et une réflexion sur les causes et les solutions de ces variations. Nous ferons notre part, mais c'est l'ensemble du réseau qui doit s'engager dans ce projet collectif. Le portrait que nous ferons de la performance du système dans nos rapports subséquents constituera un instrument d'amélioration continue que les acteurs pourront s'approprier et adapter.

Ces premiers résultats soulèvent plusieurs questions. Pourquoi les régions atteignent-elles des niveaux aussi variables sur un ensemble d'indicateurs? Cela reflète-t-il notre façon d'organiser et de planifier les services? Quelles façons de faire dans les régions démontrant des indicateurs favorables devraient inspirer l'amélioration continue de la performance du système de santé dans l'ensemble des régions? Nous travaillons déjà à faire en sorte que le prochain rapport permette d'aller plus loin dans l'exploration des facteurs explicatifs des différences observées.

La lecture de ces indicateurs suggère aussi que certaines problématiques méritent une attention particulière, soit parce qu'il existe des variations régionales marquées, soit parce que, dans l'ensemble, les indicateurs se situent nettement en-dessous des niveaux atteints par des pays comparables.

La prise en charge des maladies chroniques : reflet de déficits organisationnels ?

Les divers indicateurs présentés soulignent des lacunes particulières à l'égard de la prise en charge des maladies chroniques. Plusieurs indicateurs internationaux illustrent, en effet, des déficits dans les structures organisationnelles et informationnelles, surtout en première ligne, pourtant nécessaires à une prise en charge coordonnée des maladies chroniques. Notons, par exemple, les retards du côté de la prise en charge multidisciplinaire et des outils informatiques de gestion clinique. À cet égard, toutes les analyses vont dans le même sens. Ces problèmes de santé, comme le révèle la description de la situation sanitaire et démographique du Québec, représentent un défi croissant pour notre système de santé. D'autres pays et certaines régions du Québec semblent avoir des enseignements des plus utiles dont nous pourrions tous bénéficier. Il y aurait donc lieu de nous en inspirer.

La santé des jeunes : des indicateurs inquiétants

Par ailleurs, plusieurs indicateurs soulèvent des préoccupations à l'égard de la santé des jeunes. De plus, des variations notables entre les régions en ce qui concerne les taux de faible poids à la naissance, en relation avec d'autres indicateurs de défavorisation sociale et économique, amènent à se questionner, de façon plus générale, sur les services qui s'adressent aux jeunes et à leur famille. Aussi, des analyses des données des pays de l'OCDE suggèrent-elles que la position de tête que nous occupons en matière de mortalité infantile est chose du passé : plusieurs pays ont pu continuer à réduire leurs indicateurs, alors qu'à l'échelle canadienne, cet indicateur a cessé de décroître.

La première ligne de soins et services : une cible de premier plan

Les indicateurs suggèrent aussi que la première ligne présente des lacunes en matière d'organisation, ce qui se répercute sur l'accessibilité et la coordination des soins reçus. L'affiliation au médecin de famille et à des modèles d'organisation de première ligne offrant accès à des services globaux et multidisciplinaires semble aussi soulever un problème. Le nombre marquant d'indicateurs des études internationales, comme les enquêtes du *Commonwealth Fund*, où notre rang est défavorable pour les services de première ligne, surtout les services rendus par les médecins ou en collaboration avec eux, suggère que cette problématique revêt une importance particulière dans notre contexte.

Diverses études soulignent, par ailleurs, l'importance de la première ligne pour la santé des populations. Plusieurs pays observent une corrélation entre divers indicateurs de la première ligne (par exemple, la prédominance de médecins généralistes, leur distribution géographique selon les besoins et une gamme étendue de services offerts) et de meilleurs résultats en matière de mortalité prématurée pour des causes spécifiques. On estime aussi que les systèmes de santé affichant une première ligne de soins forte atteignent de meilleurs résultats à l'égard de la santé de leur population, et ce, à moindre coût. Il est donc primordial d'accorder une grande attention à la première ligne vu son impact sur l'ensemble du système de santé.

C'est pourquoi le Commissaire a choisi de concentrer les travaux de son premier rapport d'appréciation sur les services médicaux généraux dispensés en première ligne, appelés aussi la première ligne de soins. Ainsi, nous nous intéresserons aux facteurs qui influent sur la performance de notre première ligne et à l'impact de cette performance sur la propre performance du système de santé et de services sociaux dans son ensemble.

> CONCLUSION

UN DÉBAT DE SOCIÉTÉ
AXÉ SUR L'AMÉLIORATION
CONTINUE



En créant la fonction de Commissaire à la santé et au bien-être, le Québec cherche à se donner des moyens pour trouver des solutions en vue de relever les défis auxquels est confronté notre système de santé et de services sociaux. La pérennité des systèmes de santé à travers le monde devient, en effet, un objectif auquel aspirent les pouvoirs publics des pays occidentaux, en mesurant les résultats atteints par leurs systèmes respectifs et en informant leurs citoyens.

Le Commissaire à la santé et au bien-être adopte une perspective d'ensemble pour apprécier la performance du système de santé et de services sociaux dans sa réponse aux besoins de la population. Par ailleurs, il crée un lieu de délibération privilégié pour débattre des enjeux qui seront soulevés par cette démarche et éclaire ainsi la prise de décision quant à l'amélioration du système. Le Commissaire entend donc contribuer au débat collectif sur les améliorations à apporter pour assurer la pérennité du système.

Chaque année, le Commissaire publiera un rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, qu'il présentera au ministre de la Santé et des Services sociaux et aux citoyens québécois.

Plutôt que d'organiser les thèmes des rapports d'appréciation des prochaines années selon les types de maladies ou les organes touchés par ces affections, le Commissaire a choisi d'examiner la performance du système de santé et de services sociaux en fonction des grandes étapes de la vie: l'enfance et la jeunesse, la vie adulte (par exemple, les aspects psychosociaux de la vie adulte et la problématique des maladies chroniques qui, en général, culmine en fin de vie), et les personnes âgées (par exemple, la perte d'autonomie et les proches aidants).

Puisqu'elle s'adresse à toutes les clientèles, la première ligne constitue l'assise de la performance globale des systèmes de santé. Elle sera examinée en tout premier lieu. Ainsi, le Commissaire a choisi d'axer les travaux de ce premier rapport sur les services médicaux généraux dispensés en première ligne, aussi décrite comme la première ligne de soins.

GRÂCE À UN CADRE D'ÉVALUATION EXPLICITE ET À UNE DÉMARCHE METTANT EN RELATION DIFFÉRENTS TYPES DE CONNAISSANCES, NOUS PORTERONS UN REGARD SUR LE SYSTÈME DE SOINS À LA LUMIÈRE DES MEILLEURES DONNÉES DISPONIBLES.

À l'heure actuelle, les travaux d'appréciation n'en sont qu'à leur début. L'ordre dans lequel les thèmes seront traités dépendra, entre autres, des différentes consultations que nous ferons, de la qualité et de la quantité de l'information disponible pour mener à bien l'appréciation de la performance. Par ailleurs, il est à noter que d'autres problématiques méritant une analyse approfondie pourraient surgir dans les années à venir. Grâce à un cadre d'évaluation explicite et à une démarche mettant en relation différents types de connaissances, nous porterons un regard sur le système de soins à la lumière des meilleures données disponibles.

Le présent rapport donne le ton en ce qui concerne la nouvelle fonction que représente le Commissaire à la santé et au bien-être : les circonstances ayant donné naissance à la fonction, les mandats d'appréciation et d'information ainsi que les approches prévues y sont détaillés.

Le cadre d'appréciation retenu intègre l'ensemble des dimensions de la performance et permet de les mettre en relation les unes avec les autres. Les paradoxes de notre système de santé et de services sociaux, qui résultent de l'interaction de ses éléments constitutifs — soit les acteurs, les institutions ou l'organisation même du système —, peuvent ainsi émerger de l'analyse intégrée. C'est à cette condition que devient possible une prise de décision éclairée menant à la résolution de ces impasses systémiques.

Le processus adopté pour élaborer les rapports d'appréciation de la performance du système et formuler des constats et des recommandations reposera non seulement sur l'analyse d'indicateurs de la performance, mais aussi sur un processus délibératif en trois étapes interreliées pour recueillir des connaissances d'ordre scientifique, organisationnel et démocratique. Le système de santé et de services sociaux étant un bien public, la prise de décision relative à sa gestion exige, en effet, qu'on en délibère collectivement. Le Forum de consultation constitue un des lieux où des délibérations collectives pourraient être menées à l'égard de l'appréciation du système. Les problématiques soulevées et les options privilégiées par les citoyens et les experts dans le cadre de ces délibérations ont pour effet de donner la priorité à certains besoins et de mettre en lumière les valeurs qui sous-tendent ces choix.

Dans ce processus d'appréciation et de délibération, l'éthique est omniprésente. En effet, elle permet : de définir les enjeux éthiques propres aux choix soulevés par l'appréciation, de reconnaître les valeurs qui sous-tendent chacune des options décisionnelles, et d'élaborer des recommandations pour l'action par suite des délibérations entourant ces choix.

Dans le présent rapport, certaines données internationales, interprovinciales et inter-régionales sont présentées à titre illustratif afin de démontrer le potentiel informatif du modèle d'appréciation adopté par le Commissaire. Si ces données démontrent l'existence de paradoxes méritant un approfondissement pour en trouver les causes et pour déceler des solutions adaptées, il s'agit, toutefois, de données préliminaires à utiliser avec précaution. Elles ne permettent pas, à ce stade-ci, de porter un jugement définitif sur la performance du système.

Enfin, et surtout, le Commissaire s'engage à adopter le rôle de facilitateur d'un projet pour mieux apprécier la performance du système, dans un esprit d'amélioration continue. Il n'entend pas se placer en juge, en vérificateur ou en accusateur. Il cherche à animer une prise de conscience générale de la société québécoise face à son système de santé et de services sociaux, à soutenir sa compréhension des enjeux qui en émergent, à porter un regard critique sur ses difficultés et à promouvoir une prise de décision éclairée relative à sa gestion.

LE COMMISSAIRE
S'ENGAGE À ADOPTER
LE RÔLE DE FACILITATEUR
D'UN PROJET POUR
MIEUX APPRÉCIER LA
PERFORMANCE DU
SYSTÈME, DANS UN
ESPRIT D'AMÉLIORATION
CONTINUE.

ANNEXES



TABLEAU INTERNATIONAL 1 : ADAPTATION

| INDICATEURS* | SOUS-DIMENSION | SENS DE LA VARIATION** |
|--|--|------------------------|
| Total des dépenses de santé par habitant en parité de pouvoir d'achat (PPA), en \$US, 2005 | | |
| Dépenses publiques de santé par habitant en parité de pouvoir d'achat (PPA), en \$US, 2005 | | |
| Total des dépenses de santé, en % du produit intérieur brut (PIB), 2005 | Acquisition de ressources financières | Indéterminé |
| Dépenses publiques générales de santé, en % du total des dépenses de santé, 2005 | | |
| Dépenses privées de santé, en % du total des dépenses de santé, 2005 | | |
| Taux de médecins omnipraticiens, pour 1000 habitants, 2004 | | ↗ |
| Taux de médecins spécialistes, pour 1000 habitants, 2004 | Acquisition de ressources humaines | ↗ |
| Taux d'infirmières, pour 1000 habitants, 2004 | | ↗ |
| Effectifs moyens par lit en centres hospitaliers de soins aigus, 2004 | | ↗ |
| Taux de lits de soins aigus, pour 1000 habitants, 2004 | Acquisition de ressources d'infrastructure | Indéterminé |
| Taux d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants, 2005 | Innovations technologiques | ↗ |
| Taux d'occupation des lits de soins aigus en centres hospitaliers, en %, 2004 | Adaptation aux besoins de la population | ↗ |

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

** ↗ signifie que plus un taux est haut, meilleur est le résultat. ↘ signifie que plus un taux est bas, meilleur est le résultat. Les cases notées « Indéterminé » signifient que le sens de la variation est indéterminé pour des raisons d'ordre méthodologique.

| CANADA | POSITION DU CANADA*** | ÉTENDUE | BALISE**** | RÉSULTAT EN % D'ATTEINTE DE LA BALISE |
|--------|-----------------------|-------------|------------|---------------------------------------|
| 3326 | 8 ^e de 17 | 2255 - 6401 | - | - |
| 2337 | 12 ^e de 17 | 1609 - 3647 | - | - |
| 9,8 | 7 ^e de 17 | 7,5 - 15,3 | - | - |
| 70,3 | 15 ^e de 17 | 45,1 - 87,1 | - | - |
| 29,7 | 3 ^e de 17 | 12,9 - 54,9 | - | - |
| 1 | 5 ^e de 19 | 0,5 - 2,1 | 2,1 | 47,6% |
| 1,1 | 15 ^e de 18 | 0,7 - 2,5 | 2,5 | 44% |
| 9,9 | 8 ^e de 19 | 6 - 15 | 15 | 66% |
| 4,2 | 4 ^e de 12 | 1,7 - 7,5 | 7,5 | 56% |
| 2,9 | 14 ^e de 18 | 2,2 - 8,4 | - | - |
| 5,5 | 11 ^e de 14 | 4,2 - 40,1 | 20,3 | 27,1% |
| 90 | 1 ^{er} de 14 | 63,7 - 90 | 90 | 100% |

*** Le nombre de pays inclus varie uniquement en fonction de la disponibilité des données. L'ensemble de départ complet comprend 20 pays sélectionnés parmi ceux de l'OCDE. Il s'agit de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Belgique, de la France, du Japon, de la Norvège, de l'Australie, du Canada, du Danemark, de l'Espagne, de la Finlande, de l'Islande, de l'Italie, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni, de la Suède, des États-Unis, de l'Irlande, des Pays-Bas et de la Suisse. Lorsque le sens de la variation est indéterminé, le rang est attribué par défaut en fonction d'un classement décroissant des résultats.

**** Le taux choisi pour la balise correspond au meilleur résultat obtenu par un ou des pays du groupe sauf dans le cas du taux d'appareil d'IRM où la donnée du Japon (40,1) est jugée atypique en regard de l'ensemble des données. À cet endroit, la donnée de l'Islande (20,3) a été utilisée comme balise.

TABLEAU INTERNATIONAL 2 : PRODUCTION

| INDICATEURS* | SOUS-DIMENSION | SENS DE LA VARIATION** |
|---|---|------------------------|
| Proportion de la population bénéficiant d'une assurance maladie publique pour les soins et biens médicaux, en %, 2005 | Accessibilité des services médicaux | ↗ |
| Proportion du total des dépenses de santé consacrées aux soins à domicile, en %, 2005 | | ↗ |
| Proportion des personnes de 65 ans ou plus vaccinées contre l'influenza, en %, 2005 | Accessibilité des services préventifs | ↗ |
| Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %, 2005 | | ↗ |
| Taux d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants, 2004 ¹ | Accessibilité des services chirurgicaux | Indéterminé |
| Taux d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants, 2004 ¹ | | |
| Taux de césariennes, pour 1000 naissances vivantes, 2004 | Qualité | Indéterminé |
| Nombre de visites annuelles chez un médecin (soins ambulatoires), par habitant, 2005 | Productivité | ↗ |
| Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations de soins aigus, en jours, 2004 | | ↘ |

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

** ↗ signifie que plus un taux est haut, meilleur est le résultat. ↘ signifie que plus un taux est bas, meilleur est le résultat. Les cases notées « Indéterminé » signifient que le sens de la variation est indéterminé pour des raisons d'ordre méthodologique.

| CANADA | POSITION DU CANADA*** | ÉTENDUE | BALISE**** | RÉSULTAT EN % D'ATTEINTE DE LA BALISE |
|--------|--|---------------|------------|---------------------------------------|
| 100 | 1 ^{er} -11 ^e de 17 | 27,3 - 100 | 100 | 100% |
| 2 | 8 ^e de 10 | 1,2 - 21,3 | 21,3 | 9,4% |
| 66,5 | 6 ^e de 14 | 52 - 77 | 77 | 86,4% |
| 70,4 | 3 ^e de 6 | 14 - 81,9 | 81,9 | 86% |
| 111,6 | 16 ^e de 17 | 85,1 - 264,7 | - | - |
| 108,5 | 9 ^e de 16 | 39,3 - 180 | - | - |
| 253,3 | 6 ^e de 15 | 136,4 - 374,5 | - | - |
| 6 | 8 ^e de 14 | 2,8 - 13,8 | 13,8 | 43,5% |
| 7,3 | 16 ^e de 19 | 3,4 - 20,2 | 3,4 | 46,6% |

*** Le nombre de pays inclus varie uniquement en fonction de la disponibilité des données. L'ensemble de départ complet comprend 20 pays sélectionnés parmi ceux de l'OCDE. Il s'agit de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Belgique, de la France, du Japon, de la Norvège, de l'Australie, du Canada, du Danemark, de l'Espagne, de la Finlande, de l'Islande, de l'Italie, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni, de la Suède, des États-Unis, de l'Irlande, des Pays-Bas et de la Suisse. Lorsque le sens de la variation est indéterminé, le rang est attribué par défaut en fonction d'un classement décroissant des résultats.

**** Le taux choisi pour la balise correspond au meilleur résultat obtenu par un ou des pays du groupe.

1- Ces données doivent être interprétées avec précaution puisqu'il s'agit de taux non normalisés en fonction de l'âge.

TABLEAU INTERNATIONAL 3 : ATTEINTE DES BUTS

| INDICATEURS* | SOUS-DIMENSION | SENS DE LA VARIATION** |
|--|--|------------------------|
| Espérance de vie à la naissance, en années, 2004 | Efficacité - santé globale | ↗ |
| Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé bonne ou très bonne, en %, 2005 ² | | ↗ |
| Proportion de la population présentant de l'obésité, en %, 2005 | Efficacité - facteurs de risque | ↘ |
| Taux de tabagisme, en %, 2005 | | ↘ |
| Taux de mortalité infantile, pour 1000 naissances vivantes, 2004 | Efficacité - santé maternelle et infantile | ↘ |
| Taux de mortalité néonatale, pour 1000 naissances vivantes, 2004 | | ↘ |
| Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants, 2002 | Efficacité - morbidités | ↘ |
| Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 69 ans, 2002 | | ↘ |
| Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants, 2002 | Efficacité - morbidités | ↘ |
| Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 69 ans, 2002 | | ↘ |
| Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants, 2002 | Efficacité - morbidités | ↘ |
| Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 69 ans, 2002 | | ↘ |

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

** ↗ signifie que plus un taux est haut, meilleur est le résultat. ↘ signifie que plus un taux est bas, meilleur est le résultat. Les cases notées « Indéterminé » signifient que le sens de la variation est indéterminé pour des raisons d'ordre méthodologique.

| CANADA | POSITION DU CANADA*** | ÉTENDUE | BALISE**** | RÉSULTAT EN % D'ATTEINTE DE LA BALISE |
|--------|-----------------------|---------------|------------|---------------------------------------|
| 80,2 | 8 ^e de 18 | 77,6 - 82,1 | 82,1 | 97,7% |
| 88,4 | 2 ^e de 10 | 58,9 - 88,7 | 88,7 | 99,7% |
| 18 | 8 ^e de 9 | 9 - 23 | 9 | 50% |
| 17,3 | 3 ^e de 12 | 15,9 - 31 | 15,9 | 91,9% |
| 5,3 | 18 ^e de 20 | 2,8 - 6,8 | 2,8 | 52,8% |
| 4 | 13 ^e de 14 | 1,4 - 4,5 | 1,4 | 35% |
| 173,2 | 14 ^e de 17 | 140 - 185 | 140 | 80,8% |
| 847 | 8 ^e de 17 | 718 - 1059 | 718 | 84,8% |
| 175,5 | 3 ^e de 17 | 129,8 - 269,9 | 129,8 | 74% |
| 437 | 5 ^e de 17 | 364 - 825 | 364 | 83,3% |
| 41,9 | 8 ^e de 17 | 30,9 - 95,8 | 30,9 | 73,7% |
| 89 | 8 ^e de 17 | 60 - 190 | 60 | 67,4% |

*** Le nombre de pays inclus varie uniquement en fonction de la disponibilité des données. L'ensemble de départ complet comprend 20 pays sélectionnés parmi ceux de l'OCDE. Il s'agit de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Belgique, de la France, du Japon, de la Norvège, de l'Australie, du Canada, du Danemark, de l'Espagne, de la Finlande, de l'Islande, de l'Italie, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni, de la Suède, des États-Unis, de l'Irlande, des Pays-Bas et de la Suisse. Lorsque le sens de la variation est indéterminé, le rang est attribué par défaut en fonction d'un classement décroissant des résultats.

**** Le taux choisi pour la balise correspond au meilleur résultat obtenu par un ou des pays du groupe.

2- Pour le Canada, les réponses retenues dans l'indicateur sont « bonne », « très bonne » et « excellente ».

TABLEAU INTERPROVINCIAL 1 : ADAPTATION

| INDICATEURS* | SOUS-DIMENSION | SENS DE LA VARIATION** |
|---|---------------------------------------|------------------------|
| Total des dépenses de santé par habitant, en \$CAN, 2005 | | |
| Dépenses publiques de santé par habitant, en \$CAN, 2005 | | |
| Total des dépenses de santé, en % du produit intérieur brut (PIB), 2005 | Acquisition de ressources financières | Indéterminé |
| Dépenses publiques générales de santé, en % du total des dépenses de santé, 2005 | | |
| Dépenses privées de santé, en % du total des dépenses de santé, 2005 | | |
| Taux de médecins omnipraticiens, pour 1000 habitants, 2005 | Acquisition de ressources humaines | ↗ |
| Taux de médecins spécialistes, pour 1000 habitants, 2005 | | |
| Taux d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants, 2005 | Innovations technologiques | ↗ |

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

** ↗ signifie que plus un taux est haut, meilleur est le résultat. ↘ signifie que plus un taux est bas, meilleur est le résultat. Les cases notées « Indéterminé » signifient que le sens de la variation est indéterminé pour des raisons d'ordre méthodologique.

| QUÉBEC | POSITION DU QUÉBEC*** | ÉTENDUE | BALISE**** | RÉSULTAT EN % D'ATTEINTE DE LA BALISE |
|--------|-----------------------|-------------|------------|---------------------------------------|
| 3932,1 | 10 ^e de 10 | 3932 - 4772 | - | - |
| 2814,4 | 10 ^e de 10 | 2814 - 3577 | - | - |
| 10,9 | 5 ^e de 10 | 7 - 13,8 | - | - |
| 71,6 | 6 ^e de 10 | 66,8 - 76,2 | - | - |
| 28,4 | 4 ^e de 10 | 23,8 - 33,2 | - | - |
| 1,1 | 3 ^e de 10 | 0,9 - 1,2 | 1,2 | 93,2% |
| 1,1 | 1 ^{er} de 10 | 0,6 - 1,1 | 1,1 | 100% |
| 6,4 | 4 ^e de 10 | 1,9 - 7,6 | 7,6 | 84,2% |

*** Le nombre de pays inclus varie uniquement en fonction de la disponibilité des données. L'ensemble de départ complet comprend 20 pays sélectionnés parmi ceux de l'OCDE. Il s'agit de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Belgique, de la France, du Japon, de la Norvège, de l'Australie, du Canada, du Danemark, de l'Espagne, de la Finlande, de l'Islande, de l'Italie, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni, de la Suède, des États-Unis, de l'Irlande, des Pays-Bas et de la Suisse. Lorsque le sens de la variation est indéterminé, le rang est attribué par défaut en fonction d'un classement décroissant des résultats.

**** Le taux choisi pour la balise correspond au meilleur résultat obtenu par un ou des pays du groupe.

TABLEAU INTERPROVINCIAL 2 : PRODUCTION

| INDICATEURS* | SOUS-DIMENSION | SENS DE LA VARIATION** |
|---|--|------------------------|
| Proportion ajustée de la population déclarant avoir un médecin de famille, en %, 2005 | | ↗ |
| Proportion de la population de 65 ans ou plus recevant des services à domicile, en %, 2000-2001 | Accessibilité des services médicaux | ↗ |
| Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins de un mois pour une visite chez un médecin spécialiste, en %, 2005 | | ↗ |
| Proportion ajustée des personnes de 65 ans ou plus vaccinées contre l'influenza, en %, 2005 | | ↗ |
| Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %, 2005 | Accessibilité des services préventifs | ↗ |
| Proportion ajustée de femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap, en %, 2005 | | ↗ |
| Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins de un mois pour des tests diagnostiques, en %, 2005 | Accessibilité des services diagnostiques | ↗ |
| Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins de un mois pour une chirurgie non urgente, en %, 2005 | Accessibilité des services chirurgicaux | ↗ |
| Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus, 2005-2006 | | ↗ |
| Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus, 2005-2006 | | ↗ |

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

** ↗ signifie que plus un taux est haut, meilleur est le résultat. ↘ signifie que plus un taux est bas, meilleur est le résultat. Les cases notées « Indéterminé » signifient que le sens de la variation est indéterminé pour des raisons d'ordre méthodologique.

| QUÉBEC | POSITION DU QUÉBEC*** | ÉTENDUE | BALISE**** | RÉSULTAT EN % D'ATTEINTE DE LA BALISE |
|--------|-----------------------|--------------|------------|---------------------------------------|
| 75,7 | 10 ^e de 10 | 75,7 - 95,1 | 95,1 | 79,6% |
| 9,9 | 3 ^e de 4 | 8,3 - 11,9 | 11,9 | 83,2% |
| 53,6 | 1 ^{er} de 10 | 40,1 - 53,6 | 53,6 | 100% |
| 59,2 | 9 ^e de 10 | 53,9 - 71,8 | 71,8 | 82,5% |
| 72,8 | 2 ^e de 10 | 64,3 - 74,6 | 74,6 | 97,6% |
| 68,5 | 10 ^e de 10 | 68,5 - 81 | 81 | 84,6% |
| 59,6 | 2 ^e de 10 | 46,6 - 61,1 | 61,1 | 97,5% |
| 39,4 | 6 ^e de 10 | 24,2 - 46,1 | 46,1 | 85,5% |
| 63,7 | 10 ^e de 10 | 63,7 - 130,5 | 130,5 | 48,8% |
| 85,5 | 10 ^e de 10 | 85,5 - 190,8 | 190,8 | 44,8% |

*** Le nombre de pays inclus varie uniquement en fonction de la disponibilité des données. L'ensemble de départ complet comprend 20 pays sélectionnés parmi ceux de l'OCDE. Il s'agit de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Belgique, de la France, du Japon, de la Norvège, de l'Australie, du Canada, du Danemark, de l'Espagne, de la Finlande, de l'Islande, de l'Italie, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni, de la Suède, des États-Unis, de l'Irlande, des Pays-Bas et de la Suisse. Lorsque le sens de la variation est indéterminé, le rang est attribué par défaut en fonction d'un classement décroissant des résultats.

**** Le taux choisi pour la balise correspond au meilleur résultat obtenu par un ou des pays du groupe.

TABLEAU INTERPROVINCIAL 2 : PRODUCTION (SUITE)

| INDICATEURS* | SOUS-DIMENSION | SENS DE LA VARIATION** |
|---|----------------|------------------------|
| Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, 2005-2006 | Qualité | ↘ |
| Taux de césariennes, pour 100 naissances, 2005 | | Indéterminé |
| Proportion de la population déclarant avoir consulté un médecin dans les 12 derniers mois, en %, 2005 | Productivité | ↗ |
| Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations de soins aigus, en jours, 2005 | | ↘ |
| Proportion de la population très ou assez satisfaite des services de santé fournis, en %, 2005 | Satisfaction | ↗ |

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

** ↗ signifie que plus un taux est haut, meilleur est le résultat. ↘ signifie que plus un taux est bas, meilleur est le résultat. Les cases notées « Indéterminé » signifient que le sens de la variation est indéterminé pour des raisons d'ordre méthodologique.

| QUÉBEC | POSITION DU QUÉBEC*** | ÉTENDUE | BALISE**** | RÉSULTAT EN % D'ATTEINTE DE LA BALISE |
|--------|-----------------------|-------------|------------|---------------------------------------|
| 377 | 3 ^e de 10 | 320 - 666 | 320 | 84,9% |
| 22,9 | 8 ^e de 10 | 21,1 - 30,4 | - | - |
| 75,4 | 10 ^e de 10 | 75,4 - 85,5 | 85,5 | 88,2% |
| 7,9 | 8 ^e de 10 | 6 - 9,9 | 6 | 75,9% |
| 87,2 | 6 ^e de 10 | 83,3 - 89,3 | 89,3 | 97,6% |

*** Le nombre de pays inclus varie uniquement en fonction de la disponibilité des données. L'ensemble de départ complet comprend 20 pays sélectionnés parmi ceux de l'OCDE. Il s'agit de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Belgique, de la France, du Japon, de la Norvège, de l'Australie, du Canada, du Danemark, de l'Espagne, de la Finlande, de l'Islande, de l'Italie, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni, de la Suède, des États-Unis, de l'Irlande, des Pays-Bas et de la Suisse. Lorsque le sens de la variation est indéterminé, le rang est attribué par défaut en fonction d'un classement décroissant des résultats.

**** Le taux choisi pour la balise correspond au meilleur résultat obtenu par un ou des pays du groupe.

TABLEAU INTERPROVINCIAL 3: ATTEINTE DES BUTS

| INDICATEURS* | SOUS-DIMENSION | SENS DE LA VARIATION** |
|---|--|------------------------|
| Espérance de vie à la naissance, en années, 2004 | Efficacité - santé globale | ↗ |
| Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé bonne, très bonne ou excellente, en %, 2005 | | ↗ |
| Proportion de la population présentant de l'obésité, en %, 2005 | Efficacité - facteurs de risque | ↘ |
| Taux de tabagisme, en %, 2005 | | ↘ |
| Taux de grossesses chez les adolescentes de 14 à 17 ans, pour 1000 adolescentes du même âge, 2003 | Efficacité - santé maternelle et infantile | ↘ |
| Proportion des naissances de faible poids, en %, 2003 | | ↘ |
| Taux de mortalité infantile, pour 1000 naissances vivantes, 2004 | | ↘ |
| Taux de mortalité néonatale, pour 1000 naissances vivantes, 2004 | | ↘ |
| Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants, 2000 | Efficacité - traumatismes | ↘ |

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

** ↗ signifie que plus un taux est haut, meilleur est le résultat. ↘ signifie que plus un taux est bas, meilleur est le résultat. Les cases notées « Indéterminé » signifient que le sens de la variation est indéterminé pour des raisons d'ordre méthodologique.

| QUÉBEC | POSITION DU QUÉBEC*** | ÉTENDUE | BALISE**** | RÉSULTAT EN % D'ATTEINTE DE LA BALISE |
|--------|-----------------------|-------------|------------|---------------------------------------|
| 80,1 | 4 ^e de 10 | 78,5 - 80,9 | 80,9 | 99% |
| 89,6 | 1 ^{er} de 10 | 85,5 - 89,6 | 89,6 | 100% |
| 14,2 | 2 ^e de 10 | 13,2 - 23,8 | 13,2 | 93% |
| 24,4 | 10 ^e de 10 | 17,8 - 24,4 | 17,8 | 73% |
| 20,3 | 3 ^e de 10 | 14,7 - 35,4 | 14,7 | 72,4% |
| 5,7 | 7 ^e de 10 | 4,2 - 6,3 | 4,2 | 73,7% |
| 4,6 | 4 ^e de 10 | 4,3 - 7 | 4,3 | 93,5% |
| 3,7 | 7 ^e de 10 | 2,4 - 4,9 | 2,7 | 73% |
| 16,5 | 10 ^e de 10 | 6,7 - 16,5 | 6,7 | 40,6% |

*** Le nombre de pays inclus varie uniquement en fonction de la disponibilité des données. L'ensemble de départ complet comprend 20 pays sélectionnés parmi ceux de l'OCDE. Il s'agit de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Belgique, de la France, du Japon, de la Norvège, de l'Australie, du Canada, du Danemark, de l'Espagne, de la Finlande, de l'Islande, de l'Italie, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni, de la Suède, des États-Unis, de l'Irlande, des Pays-Bas et de la Suisse. Lorsque le sens de la variation est indéterminé, le rang est attribué par défaut en fonction d'un classement décroissant des résultats.

**** Le taux choisi pour la balise correspond au meilleur résultat obtenu par un ou des pays du groupe.

TABLEAU INTERPROVINCIAL 3: ATTEINTE DES BUTS (SUITE)

| INDICATEURS* | SOUS-DIMENSION | SENS DE LA VARIATION** |
|--|-------------------------|------------------------|
| Taux ajusté d'incidence du cancer, pour 100 000 habitants, 2004 | Efficacité - morbidités | ↘ |
| Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants, 2000-2002 | | ↘ |
| Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002 | | ↘ |
| Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants, 2000-2002 | Efficacité - morbidités | ↘ |
| Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002 | | ↘ |
| Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants, 2000-2002 | Efficacité - morbidités | ↘ |
| Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2002 | | ↘ |
| Proportion de la population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de santé, en %, 2001 | Satisfaction globale | ↘ |

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

** ↗ signifie que plus un taux est haut, meilleur est le résultat. ↘ signifie que plus un taux est bas, meilleur est le résultat. Les cases notées « Indéterminé » signifient que le sens de la variation est indéterminé pour des raisons d'ordre méthodologique.

| QUÉBEC | POSITION DU QUÉBEC*** | ÉTENDUE | BALISE**** | RÉSULTAT EN % D'ATTEINTE DE LA BALISE |
|--------|-----------------------|-----------------|------------|---------------------------------------|
| 424,2 | 3 ^e de 10 | 373,3 - 465,1 | 373,3 | 88% |
| 194,9 | 8 ^e de 10 | 157 - 200,4 | 157 | 80,6% |
| 1844,3 | 9 ^e de 10 | 1303,4 - 1871,5 | 1303,4 | 70,7% |
| 183,8 | 1 ^{er} de 10 | 183,8 - 271,3 | 183,8 | 100% |
| 875,7 | 4 ^e de 10 | 734,7 - 1265,2 | 734,7 | 83,9% |
| 47,6 | 4 ^e de 10 | 44,6 - 58 | 44,6 | 93,7% |
| 167,6 | 5 ^e de 10 | 145,8 - 225,6 | 145,8 | 87% |
| 9,9 | 1 ^{er} de 10 | 9,9 - 13,5 | 9,9 | 100% |

*** Le nombre de pays inclus varie uniquement en fonction de la disponibilité des données. L'ensemble de départ complet comprend 20 pays sélectionnés parmi ceux de l'OCDE. Il s'agit de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Belgique, de la France, du Japon, de la Norvège, de l'Australie, du Canada, du Danemark, de l'Espagne, de la Finlande, de l'Islande, de l'Italie, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni, de la Suède, des États-Unis, de l'Irlande, des Pays-Bas et de la Suisse. Lorsque le sens de la variation est indéterminé, le rang est attribué par défaut en fonction d'un classement décroissant des résultats.

**** Le taux choisi pour la balise correspond au meilleur résultat obtenu par un ou des pays du groupe.

TABLEAU INTERRÉGIONAL 1 : ADAPTATION

| INDICATEURS* | SOUS-DIMENSION | SENS DE LA VARIATION ** | BAS-SAINT-LAURENT | SAGUENAY- LAC-SAINT-JEAN | CAPITALE-NATIONALE | MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC |
|--|--|-------------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------|---------------------------------|
| | | | 01 | 02 | 03 | 04 |
| Dépenses nettes en santé par habitant, en \$CAN, 2005-2006 ¹ | Acquisition de ressources financières | ↗ | 2098 | 1847 | 2456 | 1722 |
| Dépenses nettes en santé physique par habitant, en \$CAN, 2005-2006 ¹ | | ↗ | 667 | 646 | 954 | 511 |
| Dépenses nettes pour le Programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) par habitant de 65 ans et plus, en \$CAN, 2005-2006 ¹ | | ↗ | 2405 | 1650 | 1954 | 1986 |
| Dépenses nettes en services sociaux et réadaptation par habitant, en \$CAN, 2005-2006 ¹ | | ↗ | 412 | 391 | 482 | 365 |
| Taux de médecins omnipraticiens, pour 1000 habitants, 2006 ¹ | Acquisition de ressources humaines | ↗ | 1,2 | 1 | 1,3 | 0,9 |
| Taux de médecins spécialistes, pour 1000 habitants, 2006 ¹ | | ↗ | 0,9 | 0,8 | 1,6 | 0,7 |
| Taux des effectifs du réseau (cadres et employés), pour 1000 habitants, 2005-2006 ¹ | | ↗ | 29,8 | 27,4 | 34,8 | 24,3 |
| Taux de lits de soins aigus, pour 1000 habitants, 2006-2007 ¹ | Acquisition de ressources d'infrastructure | ↗ | 2,7 | 3,1 | 3,7 | 2,4 |
| Taux de lits de longue durée, pour 1000 habitants de 65 ans ou plus, 2006-2007 ¹ | | ↗ | 49,6 | 33,1 | 47,1 | 35,4 |
| Nombre d'examen en tomodensitométrie (TDM), pour 1000 habitants, 2004 ² | Innovations technologiques | ↗ | 105 | 94 | 96 | 85 |
| Nombre d'examen en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1000 habitants, 2004 ² | | ↗ | 16 | 11 | 17 | 14 |
| Taux ajusté d'hospitalisations en soins aigus, pour 1000 habitants, 2005-2006 | Adaptation aux besoins de la population | ↗ | 87 | 95 | 71 | 81 |
| Proportion de la population ayant consulté à propos de la santé mentale au cours des 12 derniers mois, en %, 2003 | | ↗ | 5,3 | 7,9 | 7,9 | 7,1 |
| Dépenses pour les organismes communautaires par habitant, en \$CAN, 2006-2007 | Mobilisation de la communauté | ↗ | 62,8 | 58,9 | 50,8 | 58,1 |
| Proportion de la population inscrite en groupe de médecine familiale (GMF), en %, 2007 | | ↗ | 22,3 | 15,9 | 22,5 | 32,5 |

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

** ↗ signifie que plus un taux est haut, meilleur est le résultat pour la région. ↘ signifie que plus un taux est bas, meilleur est le résultat.

*** Les données des régions 10, 17 et 18 n'ont pas été considérées dans le calcul total compte tenu de l'absence de plusieurs données et de la situation particulière de ces régions.

| | ESTRIE | MONTRÉAL | OUTAOUAIS | ABITIBI-TÉMISCAMINGUE | CÔTE-NORD | GASPÉSIE- ÎLES-DE-LA-MADELEINE | CHAUDIÈRE-APPALACHES | LAVAL | LANAUDIÈRE | LAURENTIDES | MONTÉRÉGIE | ENSEMBLE DU QUÉBEC *** | NORD-DU-QUÉBEC | NUNAVIK | TERRES-CRIES- DE-LA-BAIE-JAMES |
|--|--------|----------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------------------|----------------------|-------|------------|-------------|------------|------------------------|----------------|---------|-----------------------------------|
| | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | 10 | 17 | 18 |
| | 1985 | 2624 | 1423 | 2019 | 2337 | 2462 | 1501 | 1213 | 1278 | 1224 | 1209 | 1880 | 2579 | 9326 | 6045 |
| | 740 | 1013 | 446 | 641 | 815 | 800 | 419 | 370 | 367 | 379 | 368 | 654 | 999 | 3046 | 2392 |
| | 2005 | 2247 | 1795 | 2108 | 1996 | 2229 | 1925 | 1432 | 1680 | 1638 | 1720 | 1953 | 2795 | 21286 | 3318 |
| | 335 | 456 | 318 | 427 | 454 | 460 | 346 | 287 | 304 | 281 | 250 | 368 | 219 | 1395 | 836 |
| | 1,2 | 1 | 0,9 | 1,2 | 1,6 | 1,8 | 1 | 0,9 | 0,8 | 0,9 | 0,9 | 1 | - | - | - |
| | 1,3 | 1,9 | 0,6 | 0,9 | 0,7 | 1 | 0,7 | 0,6 | 0,5 | 0,5 | 0,6 | 1,1 | - | - | - |
| | 29,2 | 35,4 | 20 | 29,3 | 29,3 | 33,5 | 22,1 | 17,5 | 17,3 | 16,8 | 16,6 | 25,9 | 30,9 | 67 | 48,8 |
| | 2,8 | 4 | 1,9 | 3,3 | 3 | 2,8 | 1,8 | 1,6 | 1,5 | 1,9 | 1,8 | 2,7 | 2,5 | 5,1 | 1,8 |
| | 40,2 | 59,5 | 32,9 | 39,7 | 35,8 | 37,1 | 40,3 | 35,1 | 35,4 | 33,4 | 34 | 43,3 | 28 | 57,7 | 10,9 |
| | 78 | 79 | 94 | 95 | 114 | 144 | 103 | 69 | 70 | 81 | 78 | 85 | 71 | 58 | 53 |
| | 19 | 16 | 2 | 15 | 14 | 11 | 18 | 18 | 20 | 15 | 11 | 15 | 15 | 10 | 9 |
| | 84 | 63 | 71 | 97 | 115 | 121 | 81 | 70 | 82 | 83 | 75 | 76 | 123 | 298 | 169 |
| | 9,2 | 9,2 | 9,4 | 6,9 | 5,9 | 6,8 | 5,3 | 7,2 | 8,7 | 8,5 | 8,1 | 8,1 | - | - | - |
| | 45,3 | 44 | 60 | 74,4 | 88,2 | 105,7 | 41 | 33,1 | 41,4 | 34,2 | 38,4 | 47,6 | 185,9 | 517,6 | - |
| | 22 | 4,2 | 10,6 | 14,5 | 23,4 | 4,6 | 25,5 | 15,9 | 16,3 | 5,9 | 12,2 | 13,8 | - | - | - |

1- Les indicateurs des sous-dimensions « acquisition de ressources » ne tiennent pas compte de la mobilité inter-régionale des usagers. L'ensemble des ressources présentes dans une région sont ainsi attribuées à la population habitant cette même région.

2- Seuls les examens en IRM et TDM réalisés dans le système de santé public québécois sont comptabilisés dans les tableaux. N'en font pas partie ceux réalisés à l'extérieur du Québec, notamment en Ontario pour les résidents de l'Outaouais et ceux réalisés dans le secteur privé.

(-) Données non disponibles, non présentées dans les sources consultées ou qui ne s'appliquent pas aux régions en cause.

■ Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

■ Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

Valeurs soulignées : le coefficient de variation se situe entre 16% et 33%. La valeur doit être interprétée avec prudence.

TABLEAU INTERRÉGIONAL 2 : PRODUCTION

| INDICATEURS* | SOUS-DIMENSION | SENS DE LA VARIATION ** | BAS-SAINT-LAURENT | SAGUENAY- LAC-SAINT-JEAN | CAPITALE-NATIONALE | MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC |
|--|--|-------------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------|---------------------------------|
| | | | 01 | 02 | 03 | 04 |
| Proportion de la population déclarant avoir un médecin de famille, en %, 2005 | Accessibilité des services médicaux | ↗ | 83,8 | 85,6 | 77,8 | 77,9 |
| Taux d'accessibilité globale aux services sociaux généraux, pour 1000 habitants, 2006-2007 | | ↗ | 17,6 | 10,3 | 5,9 | 10,3 |
| Indice de consommation de services médicaux en omnipratique, 2006 | | ↗ | 1 | 1 | 1 | 0,9 |
| Indice de consommation des services médicaux spécialisés, 2006 | | ↗ | 0,9 | 0,9 | 1,1 | 0,9 |
| Proportion des personnes âgées de plus de 50 ans vaccinées contre l'influenza, en %, 2005 | Accessibilité des services préventifs | ↗ | 39,5 | 47,1 | 48,4 | 38,9 |
| Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie, en %, 2004-2005 | | ↗ | 70,9 | 69,4 | 68,7 | 64,7 |
| Proportion des appels répondus à Info-Santé en moins de 4 minutes, en %, 2004-2005 | Accessibilité des services d'orientation | ↗ | 83,1 | 68 | 77,5 | 73,9 |
| Intensité des services sociaux : nombre d'interventions par usager, 2006-2007 | Accessibilité des services sociaux | ↗ | 3,7 | 4,3 | 2,3 | 3,6 |
| Délai moyen d'attente en évaluation en protection de la jeunesse, en jours, 2006-2007 | | ↘ | 20,9 | 20,4 | 8,6 | 7,7 |
| Délai moyen d'attente en application des mesures de protection de la jeunesse, en jours, 2006-2007 | | ↘ | 17,5 | 31,1 | 7 | 20,1 |
| Durée moyenne d'attente des personnes admises dans un CHSLD, en jours, 2004 | Accessibilité des services d'hébergement | ↘ | 39 | 34 | 89 | 21 |
| Séjour moyen sur civière à l'urgence, en heures, 2006-2007 | Accessibilité des services d'urgence | ↘ | 10,4 | 10,5 | 13,3 | 14,7 |
| Proportion des séjours de 48 heures ou plus sur civière à l'urgence, en %, 2006-2007 | | ↘ | 2,1 | 0,8 | 3 | 3,9 |

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

** ↗ signifie que plus un taux est haut, meilleur est le résultat pour la région. ↘ signifie que plus un taux est bas, meilleur est le résultat.

*** Les données des régions 10, 17 et 18 n'ont pas été considérées dans le calcul total compte tenu de l'absence de plusieurs données et de la situation particulière de ces régions.

| | ESTRIE | MONTRÉAL | OUTAOUAIS | ABITIBI-TÉMISCAMINGUE | CÔTE-NORD | GASPÉSIE- ÎLES-DE-LA-MADELEINE | CHAUDIÈRE-APPALACHES | LAVAL | LANAUDIÈRE | LAURENTIDES | MONTÉRÉGIE | ENSEMBLE DU QUÉBEC *** | NORD-DU-QUÉBEC | NUNAVIK | TERRES-CRIES- DE-LA-BAIE-JAMES |
|--|--------|----------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------------------|----------------------|-------|------------|-------------|------------|------------------------|----------------|---------|-----------------------------------|
| | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | 10 | 17 | 18 |
| | 75 | 67,2 | 78,4 | 70 | 77,5 | 79,9 | 84,8 | 75,4 | 76,1 | 72,5 | 77,6 | 75,1 | 69,1 | - | - |
| | 8,3 | 7,1 | 7,5 | 13,5 | 19,9 | 28,4 | 11,2 | 3,9 | 8,4 | 7 | 5,8 | 8,1 | 29,9 | - | - |
| | 1 | 0,9 | 1 | 1,1 | 1,5 | 1,4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2,7 | 3,6 | 3,5 |
| | 1 | 1,1 | 0,7 | 0,9 | 0,9 | 1,1 | 0,9 | 1 | 0,9 | 0,9 | 1 | 1 | 0,8 | 1,2 | 0,9 |
| | 39,1 | 45,7 | 42,6 | 45,2 | 46,2 | 39,3 | 37 | 46,9 | 39,3 | 42,7 | 43,2 | 43,4 | - | - | - |
| | 71,7 | 58,3 | 53,8 | 65,8 | 67,9 | 68,6 | 71 | 61,5 | 59,5 | 63,1 | 66,4 | 64 | 78 | 70,5 | 85,6 |
| | 86,7 | 74,5 | 81,4 | 79,8 | 92,3 | 99 | 76,2 | 79,8 | 70 | 77,3 | 47,6 | 72,9 | - | - | - |
| | 3,8 | 4,2 | 3,2 | 4,3 | 4 | 3,4 | 2,9 | 4,8 | 3,5 | 3,2 | 4,2 | 3,7 | 4,1 | - | - |
| | 16,4 | 8,8 | 11,1 | 18,3 | 39 | 8,1 | 20,5 | 11,1 | 27,8 | 31,2 | 24,9 | 17,7 | - | - | - |
| | 31,2 | 12,4 | 6,9 | 21,3 | 39,4 | 5,9 | 22,6 | 14,2 | 37,7 | 24 | 23,5 | 19,8 | - | - | - |
| | 26 | 193 | 81 | 65 | 77 | 97 | 54 | 66 | 35 | 38 | 50 | 91 | - | - | - |
| | 10,4 | 20,1 | 18,7 | 10,6 | 13,2 | 12,5 | 12,1 | 16,8 | 19 | 15,1 | 19,6 | 16,3 | - | - | - |
| | 1,6 | 8,4 | 8,6 | 2,3 | 5,4 | 4,7 | 0,5 | 3,4 | 7,3 | 3,4 | 9,8 | 6 | - | - | - |

(-) Données non disponibles, non présentées dans les sources consultées ou qui ne s'appliquent pas aux régions en cause.

■ Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

■ Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

TABLEAU INTERRÉGIONAL 2 : PRODUCTION (SUITE)

| INDICATEURS* | SOUS-DIMENSION | SENS DE LA VARIATION ** | BAS-SAINT-LAURENT | SAGUENAY- LAC-SAINT-JEAN | CAPITALE-NATIONALE | MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC |
|--|---|-------------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------|---------------------------------|
| | | | 01 | 02 | 03 | 04 |
| Proportion des personnes en attente d'une chirurgie de la hanche depuis plus de 6 mois, en %, 2007 | Accessibilité des services chirurgicaux | ↘ | 6,1 | 3 | 6,5 | 3,1 |
| Proportion des personnes en attente d'une chirurgie du genou depuis plus de 6 mois, en %, 2007 | | ↘ | 16,7 | 2,4 | 5,7 | 9,2 |
| Proportion des personnes en attente d'une chirurgie de la cataracte depuis plus de 6 mois, en %, 2007 | | ↘ | 9,8 | 0,2 | 2,1 | 0,8 |
| Proportion des personnes en attente d'une chirurgie d'un jour depuis plus de 6 mois, en %, 2007 | | ↘ | 10,7 | 5,6 | 3,6 | 6,4 |
| Proportion des personnes en attente d'une chirurgie avec hospitalisation depuis plus de 6 mois, en %, 2007 | | ↘ | 3,8 | 3,9 | 4,7 | 0,7 |
| Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 10 000 habitants de moins de 75 ans, 2005-2006 | Qualité | ↘ | 49,3 | 66,9 | 32,6 | 48,4 |
| Taux d'incidence de C. Difficile, pour 10 000 jours-patients, 2005-2006 | | ↘ | 6,8 | 3,3 | 14,8 | 15,8 |
| Taux ajusté d'hospitalisation avec escarres de décubitus, pour 100 000 habitants, 2005-2006 | | ↘ | 74,1 | 48,4 | 55,7 | 63,5 |
| Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour accident vasculaire cérébral (AVC), en jours, 2005-2006 | Productivité | ↘ | 8 | 8 | 10 | 10 |
| Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour hystérectomie, en jours, 2005-2006 | | ↘ | 6 | 3 | 4 | 3 |
| Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour fracture de la hanche, en jours, 2005-2006 | | ↘ | 9 | 11 | 11 | 10 |
| Durée médiane de séjour pour les accouchements naturels, en jours, 2005-2006 | | ↘ | 2 | 2 | 2 | 2 |

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

** ↗ signifie que plus un taux est haut, meilleur est le résultat pour la région. ↘ signifie que plus un taux est bas, meilleur est le résultat.

*** Les données des régions 10, 17 et 18 n'ont pas été considérées dans le calcul total compte tenu de l'absence de plusieurs données et de la situation particulière de ces régions.

| | ESTRIE | MONTRÉAL | OUTAOUAIS | ABITIBI-TÉMISCAMINGUE | CÔTE-NORD | GASPÉSIE- ÎLES-DE-LA-MADELEINE | CHAUDIÈRE-APPALACHES | LAVAL | LANAUDIÈRE | LAURENTIDES | MONTRÉGIE | ENSEMBLE DU QUÉBEC *** | NORD-DU-QUÉBEC | NUNAVIK | TERRES-CRIES- DE-LA-BAIE-JAMES |
|--|--------|----------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------------------|----------------------|-------|------------|-------------|-----------|------------------------|----------------|---------|-----------------------------------|
| | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | 10 | 17 | 18 |
| | 4,9 | 6,4 | 16,4 | 8,6 | 0 | 0 | 1,2 | 6,6 | 12,9 | 3 | 13,3 | 7,4 | - | - | - |
| | 16 | 15 | 14,3 | 20 | 7 | 0 | 3,9 | 8,1 | 19,1 | 5,2 | 22,9 | 13,2 | - | - | - |
| | 0,2 | 1,6 | 21,4 | 0 | 12,8 | 0 | 4,1 | 1,7 | 11,5 | 7,8 | 3,1 | 3 | - | - | - |
| | 6,4 | 10,8 | 19 | 2,7 | 9,2 | 2 | 4,7 | 15,3 | 10,7 | 7,7 | 12,9 | 9,5 | - | - | - |
| | 2,5 | 4,3 | 6,2 | 3,1 | 1,6 | 0,6 | 1 | 2,9 | 3,4 | 2,8 | 4,7 | 4,3 | - | - | - |
| | 46,8 | 35,6 | 44,7 | 78,3 | 81 | 92,3 | 39,4 | 36,9 | 54,6 | 55,7 | 45,9 | 45,4 | 87,4 | 262,1 | 127,9 |
| | 7 | 10,5 | 11 | 6,5 | 5,5 | 12,5 | 8 | 3,5 | 19 | 18,3 | 7,5 | 10,8 | 0 | - | - |
| | 39,7 | 105,3 | 105,3 | 67,3 | 68,5 | 57,6 | 40,8 | 115,3 | 52,9 | 76,7 | 65,2 | 76,8 | 35,4 | 285 | 68,8 |
| | 8 | 14 | 10 | 13 | 8,5 | 6 | 9 | 11 | 8 | 8 | 10 | 11 | 11 | 2 | 26 |
| | 4 | 7 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 2 | 5 | 4 | 1 | 1 | - |
| | 12 | 15 | 10 | 5 | 14 | 9 | 9 | 7 | 11 | 9 | 12 | 12 | - | - | 7 |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | - |

(-) Données non disponibles, non présentées dans les sources consultées ou qui ne s'appliquent pas aux régions en cause.

■ Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

■ Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

TABLEAU INTERRÉGIONAL 3: DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DE LA CULTURE ORGANISATIONNELLE

| INDICATEURS* | SOUS-DIMENSION | SENS DE LA VARIATION ** | BAS-SAINT-LAURENT | SAGUENAY- LAC-SAINT-JEAN | CAPITALE-NATIONALE | MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC |
|---|--|-------------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------|---------------------------------|
| | | | 01 | 02 | 03 | 04 |
| Proportion des employés occupant des postes, en %, 2005-2006 | Climat organisationnel - statut d'emploi | ↗ | 70,4 | 69,2 | 72,6 | 69,7 |
| Proportion des employés occupant des postes à temps complet régulier, par rapport au total des employés occupant des postes réguliers, en %, 2005-2006 | | ↗ | 62,5 | 67,1 | 67,3 | 63 |
| Proportion des heures travaillées consacrées à la formation, en %, 2005-2006 | Climat organisationnel - formation | ↗ | 1 | 0,9 | 1,2 | 1,3 |
| Proportion des heures travaillées en temps supplémentaire pour l'ensemble du réseau, en %, 2005-2006 | Climat organisationnel - utilisation des ressources humaines | ↘ | 2,2 | 2,1 | 2 | 2,3 |
| Proportion des heures travaillées par le personnel en soins infirmiers en temps supplémentaire et par le personnel des agences privées, en %, 2005-2006 | | ↘ | 2,7 | 2,5 | 3,9 | 3,4 |
| Proportion de l'absentéisme par rapport aux heures travaillées : assurance-salaire, en %, 2005-2006 | Climat organisationnel - santé des professionnels | ↘ | 6,1 | 6,3 | 5,4 | 5,4 |
| Proportion de l'absentéisme par rapport aux heures travaillées : CSST, en %, 2005-2006 | | ↘ | 0,9 | 0,6 | 0,8 | 0,6 |
| Proportion de l'absentéisme par rapport aux heures travaillées : autres congés sans solde, en %, 2005-2006 | | ↘ | 4,5 | 4,6 | 5,3 | 6 |
| Taux de roulement : départ des effectifs en emploi en début d'année, en % du total des effectifs, 2005-2006 | Climat organisationnel - stabilité du personnel | ↘ | 9,3 | 7,3 | 8,6 | 7,6 |
| Taux de roulement : départ des effectifs embauchés en cours d'année, en % du total des effectifs embauchés dans la même période, 2005-2006 | | ↘ | 24,9 | 21,7 | 24,7 | 24 |

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

** ↗ signifie que plus un taux est haut, meilleur est le résultat pour la région. ↘ signifie que plus un taux est bas, meilleur est le résultat.

*** Les données des régions 10, 17 et 18 n'ont pas été considérées dans le calcul total compte tenu de l'absence de plusieurs données et de la situation particulière de ces régions.

| | ESTRIE | MONTRÉAL | OUTAOUAIS | ABITIBI-TÉMISCAMINGUE | CÔTE-NORD | GASPÉSIE- ÎLES-DE-LA-MADELEINE | CHAUDIÈRE-APPALACHES | LAVAL | LANAUDIÈRE | LAURENTIDES | MONTÉRÉGIE | ENSEMBLE DU QUÉBEC *** | NORD-DU-QUÉBEC | NUNAVIK | TERRES-CRIES- DE-LA-BAIE-JAMES |
|--|--------|----------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------------------|----------------------|-------|------------|-------------|------------|------------------------|----------------|---------|-----------------------------------|
| | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | 10 | 17 | 18 |
| | 69 | 74,9 | 76,6 | 70,4 | 74,7 | 69,8 | 70 | 73,3 | 71,2 | 67,5 | 72,1 | 72 | 68,6 | 32,5 | 29,2 |
| | 66,9 | 65,9 | 69,5 | 64,2 | 70 | 60,2 | 60,3 | 65 | 59 | 59 | 61,2 | 64,7 | 80,1 | 84,9 | 87,6 |
| | 1,1 | 1,2 | 1,2 | 1,5 | 1,2 | 1,3 | 1,1 | 1,6 | 1,2 | 1,9 | 1,1 | 1,2 | 1,8 | 0,9 | 1,5 |
| | 2,2 | 2,7 | 3,2 | 2,8 | 3,6 | 2,6 | 1,9 | 2,2 | 2,8 | 2,7 | 2,5 | 2,5 | 4,8 | 10,6 | 4,6 |
| | 3,3 | 9,4 | 6,9 | 4,5 | 5,2 | 3,8 | 2,4 | 8,1 | 5,1 | 5,4 | 5,3 | 6,2 | 9,3 | 13,7 | 6,7 |
| | 5,8 | 5,1 | 6,4 | 6,6 | 6,5 | 7,8 | 5,1 | 5,3 | 6,1 | 6,8 | 5,6 | 5,6 | 5,8 | 4,5 | 3,8 |
| | 0,8 | 0,9 | 1 | 1,2 | 0,6 | 1,6 | 0,5 | 0,7 | 1 | 1,1 | 0,8 | 0,8 | 1,1 | 0,7 | 0,1 |
| | 6,5 | 6,3 | 6 | 5,3 | 5,5 | 4,9 | 4,7 | 7,6 | 6 | 6,4 | 6 | 5,9 | 5,1 | 8,4 | 5,9 |
| | 8 | 9,4 | 10,4 | 8 | 9,6 | 8,7 | 8 | 8,1 | 7,1 | 9,8 | 8,4 | 8,8 | 10,3 | 20,5 | 2,1 |
| | 19,7 | 26,2 | 24,6 | 30,2 | 25,1 | 23,5 | 20 | 31,2 | 25,1 | 28,4 | 28,5 | 25,3 | 15,9 | 16,5 | 2,5 |

(-) Données non disponibles, non présentées dans les sources consultées ou qui ne s'appliquent pas aux régions en cause.

- Valeur se distinguant favorablement de la moyenne
- Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

TABLEAU INTERRÉGIONAL 4: ATTEINTE DES BUTS

| INDICATEURS* | SOUS-DIMENSION | SENS DE LA VARIATION ** | BAS-SAINT-LAURENT | SAGUENAY- LAC-SAINT-JEAN | CAPITALE-NATIONALE | MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC |
|---|--|-------------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------|---------------------------------|
| | | | 01 | 02 | 03 | 04 |
| Espérance de vie en bonne santé, en années, 2001 | Efficacité - santé globale | ↗ | 67,2 | 67,2 | 68,3 | 66,9 |
| Espérance de vie à 65 ans, en années, 2000-2004 | | ↗ | 19,4 | 18,4 | 19,2 | 18,9 |
| Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé très bonne ou excellente, en %, 2005 | | ↗ | 55,3 | 60,5 | 63,8 | 55,8 |
| Indice fonctionnel global de l'état de santé : proportion de la population présentant des problèmes allant de modérés à sérieux, en %, 2005 | | ↘ | 12,8 | 15,3 | 11,5 | 13,8 |
| Proportion de la population présentant de l'obésité, en %, 2005 | Efficacité - facteurs de risque | ↘ | 13,2 | 14,5 | 11,6 | 14,1 |
| Taux de tabagisme, en %, 2005 | | ↘ | 22,8 | 25,3 | 20,9 | 24,6 |
| Prévalence du diabète, en %, 2005 | | ↘ | 5,6 | 4,1 | 5,4 | 5 |
| Taux de grossesses chez les adolescentes de 17 ans ou moins, pour 1000 adolescentes de 14 à 17 ans, 1999-2003 | Efficacité - santé maternelle et infantile | ↘ | 8,5 | 13,9 | 13,8 | 15,5 |
| Proportion des naissances de faible poids, en %, 2000-2004 | | ↘ | 5,7 | 5,4 | 5,4 | 5,7 |
| Taux de mortalité infantile, pour 1000 naissances vivantes, 2000-2004 | | ↘ | 4 | 4,6 | 5,3 | 5 |
| Perception de l'état de santé mentale : proportion des personnes considérant leur santé mentale très bonne ou excellente, en %, 2005 | Efficacité - santé mentale | ↗ | 72,7 | 75,8 | 78,2 | 74,5 |
| Proportion de la population ayant vécu un épisode dépressif majeur, en %, 2000-2001 | | ↘ | 5,6 | 5,6 | 6,9 | 6,3 |
| Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants, 2000-2003 | | ↘ | 23,8 | 19,9 | 20,4 | 25,8 |

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

** ↗ signifie que plus un taux est haut, meilleur est le résultat pour la région. ↘ signifie que plus un taux est bas, meilleur est le résultat.

*** Les données des régions 10, 17 et 18 n'ont pas été considérées dans le calcul total compte tenu de l'absence de plusieurs données et de la situation particulière de ces régions.

| | ESTRIE | MONTRÉAL | OUTAOUAIS | ABITIBI-TÉMISCAMINGUE | CÔTE-NORD | GASPÉSIE- ÎLES-DE-LA-MADELEINE | CHAUDIÈRE-APPALACHES | LAVAL | LANAUDIÈRE | LAURENTIDES | MONTÉRÉGIE | ENSEMBLE DU QUÉBEC *** | NORD-DU-QUÉBEC | NUNAVIK | TERRES-CRIES- DE-LA-BAIE-JAMES |
|--|--------|----------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------------------|----------------------|-------|------------|-------------|------------|------------------------|----------------|---------|-----------------------------------|
| | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | 10 | 17 | 18 |
| | 66,7 | 66,4 | 63,9 | 64,5 | 66,6 | 66,3 | 68,3 | 68,6 | 66,7 | 66,8 | 67,5 | 67 | - | - | - |
| | 19,3 | 19,1 | 18,1 | 17,9 | 18,4 | 19 | 19,3 | 19,4 | 18,1 | 18,1 | 18,6 | 18,9 | 18,3 | 11,1 | 17 |
| | 63 | 59 | 55,1 | 53 | 55 | 52,1 | 59,2 | 57,1 | 57,7 | 62,1 | 61,2 | 59,4 | 58,7 | - | - |
| | 12,2 | 16,3 | 15,3 | 15,4 | 13,7 | 16 | 14,6 | 9 | 14 | 11,8 | 14,6 | 14,1 | 12,6 | - | - |
| | 14,5 | 12,8 | 18,7 | 16,2 | 14,1 | 17,9 | 14,4 | 16,4 | 16,7 | 13,9 | 14,5 | 14,1 | 17,7 | - | - |
| | 26,5 | 25,1 | 29,2 | 26 | 28,4 | 27,2 | 23,8 | 25,8 | 28,1 | 25 | 21,6 | 24,4 | - | - | - |
| | 3,5 | 5,2 | 4,6 | 4,8 | 6,3 | 8,3 | 6,4 | 5,6 | 6,1 | 5,6 | 4,4 | 5,1 | 4,3 | - | - |
| | 18,8 | 24,9 | 20,7 | 15,6 | 25,7 | 11,8 | 8,4 | 18,6 | 17,8 | 19,6 | 16,9 | 18,2 | 17 | 85,6 | 57,5 |
| | 6 | 5,8 | 5,8 | 6,4 | 5,3 | 6 | 5,1 | 5,5 | 6,1 | 5,6 | 5,5 | 5,6 | 6 | 6 | 3,5 |
| | 5 | 4,5 | 6,5 | 5 | 4,8 | 4,6 | 4,4 | 4 | 5,2 | 4,2 | 4 | 4,7 | 2 | 16,9 | 7 |
| | 80,3 | 72,5 | 69,8 | 74,9 | 80,6 | 73,3 | 70,2 | 73,8 | 77,9 | 78,1 | 76,9 | 75 | 72,6 | - | - |
| | 5,8 | 7,6 | 8,1 | 7,2 | 9,3 | 6,3 | 5,2 | 5,7 | 6,7 | 7,2 | 5,3 | 6,6 | - | - | - |
| | 20,2 | 12,8 | 15,9 | 25,4 | 24,7 | 21,5 | 24 | 13,1 | 18,1 | 18,6 | 15,1 | 17,7 | 26,7 | 131,2 | - |

(-) Données non disponibles, non présentées dans les sources consultées ou qui ne s'appliquent pas aux régions en cause.

■ Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

■ Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

TABLEAU INTERRÉGIONAL 4: ATTEINTE DES BUTS (SUITE)

| INDICATEURS* | SOUS-DIMENSION | SENS DE LA VARIATION ** | BAS-SAINT-LAURENT | SAGUENAY- LAC-SAINT-JEAN | CAPITALE-NATIONALE | MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC |
|---|---------------------------------|-------------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------|---------------------------------|
| | | | 01 | 02 | 03 | 04 |
| Taux ajusté d'incidence du cancer, pour 100 000 habitants, 1999-2002 | Efficacité - morbidités | ↘ | 453 | 496 | 476 | 474 |
| Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants, 2000-2003 | | ↘ | 215 | 251 | 227 | 224 |
| Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants, 2000-2003 | | ↘ | 199 | 205 | 200 | 222 |
| Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants, 2000-2003 | | ↘ | 64 | 69 | 57 | 68 |
| Taux ajusté de mortalité évitable, pour 100 000 habitants, 2000-2004 | Efficacité - mortalité évitable | ↘ | 86,3 | 102,5 | 92,7 | 104 |
| Années potentielles de vie perdues, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2000-2004 | | ↘ | 5367 | 5908 | 5002 | 5874 |
| Proportion de la population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de santé, en %, 2003 | Satisfaction globale | ↘ | 10,1 | 13 | 10 | 13,1 |
| Écart intra-régional entre les populations favorisées et défavorisées pour le faible poids à la naissance, ratio, 2000-2004 | Équité | ↘ | 113,6 | 127,9 | 126,8 | 114,7 |
| Écart intra-régional entre les populations favorisées et défavorisées pour la mortalité infantile, ratio, 2000-2004 | | ↘ | 306,8 | 103,7 | 104,6 | 180,5 |
| Écart intra-régional entre les populations favorisées et défavorisées pour l'espérance de vie à 65 ans, ratio, 2000-2004 | | ↘ | -1,1 | 0,6 | 1,9 | -0,8 |
| Écart intra-régional entre les populations favorisées et défavorisées pour les années potentielles d'années perdues, ratio, 2000-2004 | | ↘ | 138 | 128,1 | 172,3 | 147,2 |
| Écart intra-régional entre les populations favorisées et défavorisées pour le taux ajusté de mortalité évitable, ratio, 2000-2004 | | ↘ | 95,2 | 137,6 | 159,9 | 121,8 |

* Les définitions des indicateurs et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

** ↗ signifie que plus un taux est haut, meilleur est le résultat pour la région. ↘ signifie que plus un taux est bas, meilleur est le résultat.

*** Les données des régions 10, 17 et 18 n'ont pas été considérées dans le calcul total compte tenu de l'absence de plusieurs données et de la situation particulière de ces régions.

| ESTRIE | MONTRÉAL | OUTAOUAIS | ABITIBI-TÉMISCAMINGUE | CÔTE-NORD | GASPÉSIE- ÎLES-DE-LA-MADELEINE | CHAUDIÈRE-APPALACHES | LAVAL | LANAUDIÈRE | LAURENTIDES | MONTÉRÉGIE | ENSEMBLE DU QUÉBEC *** | NORD-DU-QUÉBEC | NUNAVIK | TERRES-CRIES- DE-LA-BAIE-JAMES |
|--------|----------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------------------|----------------------|-------|------------|-------------|------------|------------------------|----------------|---------|-----------------------------------|
| 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | 10 | 17 | 18 |
| 444 | 456 | 471 | 489 | 511 | 507 | 450 | 473 | 503 | 516 | 465 | 470 | 642 | 622 | 419 |
| 226 | 223 | 241 | 254 | 269 | 257 | 217 | 224 | 256 | 244 | 229 | 230 | 327 | 444 | 181 |
| 207 | 222 | 240 | 244 | 198 | 210 | 199 | 198 | 223 | 235 | 232 | 218 | 131 | 450 | 205 |
| 52 | 53 | 67 | 67 | 65 | 55 | 59 | 42 | 69 | 64 | 55 | 58 | 59 | 316 | 160 |
| 89,1 | 107,6 | 115,1 | 109,2 | 96,6 | 93,4 | 85,6 | 92,5 | 105,7 | 103 | 101,6 | 100,9 | 90,6 | 175,8 | 108,3 |
| 5429 | 5148 | 5768 | 6281 | 6154 | 5950 | 5153 | 4307 | 5474 | 5282 | 4898 | 5261 | 5909 | 20226 | 6439 |
| 10,6 | 13,4 | 16,5 | 14,4 | 9,5 | 8,2 | 8,3 | 12,9 | 14,2 | 11,7 | 12,3 | 12,3 | - | - | - |
| 141,2 | 137,4 | 142,3 | 99,9 | 77,6 | 66 | 121,6 | 124,7 | 125,7 | 117,1 | 139,5 | 128,2 | - | - | - |
| 142,6 | 158,5 | 87,4 | 159,6 | 46,6 | 72 | 94 | 57,5 | 80,5 | 117,1 | 151,2 | 124,6 | - | - | - |
| 2,5 | 1 | 3 | -0,8 | -1 | -1,9 | 0,9 | -2,2 | 0,6 | 2,1 | 1 | 0,9 | - | - | - |
| 152 | 159,4 | 169,1 | 127,3 | 153,1 | 110,5 | 140,9 | 138 | 141,4 | 163,8 | 164,5 | 153,6 | - | - | - |
| 146,2 | 151,4 | 177,1 | 130,4 | 88,6 | 116,1 | 126,1 | 118,3 | 118,9 | 147,2 | 136,4 | 138,6 | - | - | - |

(-) Données non disponibles, non présentées dans les sources consultées ou qui ne s'appliquent pas aux régions en cause.
 Valeur se distinguant favorablement de la moyenne
 Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne



BIBLIOGRAPHIE

Seules les références bibliographiques incontournables sont indiquées.

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2006). Direction de la santé publique, « Le transport urbain, une question de santé », *Rapport annuel 2006 sur la santé de la population montréalaise*, p. 32 et 35.
- BERNARD, P., et M. F. RAYNAULT (2004). « Inégalités sociales de santé : feux, contre-feux et piliers de bien-être », *Santé, société et solidarité*, no 2, p. 49-58.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2004). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle ÉGIPSS* (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé), rapport de F. CHAMPAGNE, A. P. CONTANDRIOPOULOS, J. PICOT-TOUCHÉ et al., Québec, 174 p.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2007a). *Les soins de santé au Canada 2007*, Ottawa.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2007b). *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2007*, Ottawa.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2007c). *Tendances des dépenses nationales de santé de 1975 à 2007, 2007*, Ottawa.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006). *La situation démographique du Québec, Bilan 2006*. <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2006/Bilan2006.pdf>. Page consultée le 30 janvier 2008.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008a). http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/quebec_stat/pop_imm/pop_imm_fs.htm. Page consultée le 29 janvier 2008.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008b). *Profil de consultation, satisfaction globale et opinion générale : analyse des données de l'Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007*, gouvernement du Québec, 2008.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (INSPQ) (2005). <http://www.inspq.qc.ca/santescope/element.asp?NoEle=14>. Page consultée le 30 janvier 2008.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Les statistiques*.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (INSPQ) (2007). *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – Riches de tous nos enfants – La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, rapport de A. POIRIER, M. A. MARANDA, L. DUNNIGAN et al., Québec, 162 p.
- LEHOUX, P., et R. N. BATTISTA (2003). « L'évaluation des technologies de la santé au Québec : Bilan et défis », dans V. LEMIEUX et al., *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*, Saint-Nicolas, Les Presses de l'Université Laval, 507 p., p. 428-430 et 440.
- Loi sur les services de santé et de services sociaux (L.R.Q., S 4.2), 1991, c. 42, a. 1; 1999, c. 40, a. 269.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, 47 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2006). *Portrait de santé du Québec et des régions 2006*, p. 41, p. 91 et p. 208.
- OCDE (2005). « The Contribution of Health to the Economy in the European Union », *Health & Consumer Protection Directorate-General*, 23 August 2005.
- OCDE (2007). Base de données ÉCO-SANTÉ.
- OMS (2000). *Le rapport sur la santé dans le monde 2000 – pour un système de santé plus performant*, Genève, Suisse, 205 p.
- PAMPALON, R., (2002). *Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998*, INSPQ, 11 p.
- Panorama de la santé 2007 : Les indicateurs de l'OCDE (2007).
- SCHOEN C., R. OSBORN, M. M. DOTY, M. BISHOP, J. PEUGH et N. MURUKKUTLA (2007). "Toward Higher-Performance Health Systems : Adults' Health Care Experiences In Seven Countries". *Health Affairs*, 26(6), p. 717-734.
- THE COMMONWEALTH FUND-DAVIS K. et al. (2007). *Mirror, Mirror on the Wall : An International Update on the Comparative Performance of American Health Care*, 30 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE
Robert Salois

DOCUMENT PRÉPARÉ PAR TROIS AUTEURS PRINCIPAUX

Jean-Frédéric Levesque,
commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse
Ghislaine Cleret de Langavant,
commissaire adjointe à l'éthique
Denis A. Roy,
conseiller scientifique

AVEC LA COLLABORATION DE

Marie-Alexandra Fortin
Jean Rousseau
Yves Théberge

CONTRIBUTION AU DÉVELOPPEMENT D'INDICATEURS

Daniel Labbé
Maxime Ouellet
Mathilde Bélanger
Johanne Fournier
Robert Sainte-Marie
Lynn Villeneuve
Myriam Bergeron
Marc-André Fournier

COMITÉ D'ORIENTATION

Paul Bernard
André-Pierre Contandriopoulos
Véronique Déry
Jean-Pierre Duplantie
Denis A. Roy

RÉVISION LINGUISTIQUE

Solange Lapierre
Et Les Textes impeccables inc.

GRAPHISME

Matteau Parent graphisme et communication inc.
Et Mathilde Hébert (figures 1 et 2)

© 2008 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

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale du Québec, 2008
Bibliothèque nationale du Canada, 2008

Avril 2008

ISBN : 978-2-550-52446-5 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-52447-2 (version électronique)

